Julia Bellabarba
Christine Kuch

Qualitätsmanagement jenseits von Checklisten

Wie Qualitätsmanagement in der Praxis wirklich Nutzen bringt

Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

J. Bellabarba, C. Kuch

Qualitätsmanagement jenseits von Checklisten

Wie Qualitätsmanagement in der Praxis wirklich Nutzen bringt

Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

Julia Bellabarba
Christine Kuch

Qualitätsmanagement jenseits von Checklisten

Wie Qualitätsmanagement in der Praxis wirklich Nutzen bringt

unter Mitarbeit von

S. Beck | H.-J. Beckmann | E. Gossrau | A. Loh
C. Markl-Vieto Estrada | K. Pötter-Kirchner
T. Rogge | C. Schrewe



Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG
Zimmerstr. 11
10969 Berlin
www.mwv-berlin.de

ISBN 978-3-95466-456-6 (Open Access PDF)

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie;
detaillierte bibliografische Informationen sind im Internet über http://dnb.d-nb.de abrufbar.

Projektmanagement: Frauke Budig, Silke Hutt, Berlin
Lektorat: Monika Laut-Zimmermann, Berlin
Layout & Satz: eScriptum GmbH & Co. KG – Publishing Services, Berlin
Druck: druckhaus köthen GmbH, Köthen

Zuschriften und Kritik an:
MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, Zimmerstr. 11, 10969 Berlin, lektorat@mwv-berlin.de

Die Autoren

Dipl.-Psych. Julia Bellabarba
Tempelhofer Damm 138
12099 Berlin

Dr. Dipl.-Psych. Christine Kuch
medcoaching
Karolingerring 24
50678 Köln

Unter Mitarbeit von

Dr. med. Sabine Beck
Universitätsklinikum Freiburg
Medizinische Fakultät
Lehrbereich Allgemeinmedizin
Elsässer Str. 2
79110 Freiburg

Dr. Hans-Jürgen Beckmann
Mühlenstr. 6
32257 Bünde

Dr. med. Elke Gossrau
Machnower Str. 75
14165 Berlin

Dr. phil. Andreas Loh
Universitätsklinikum Freiburg
Medizinische Fakultät
Lehrbereich Allgemeinmedizin
Elsässer Str. 2
79110 Freiburg

Christa Markl-Vieto Estrada, M.A.
Qualitätssicherung
Ärztekammer Berlin K.d.ö.R.
Friedrichstr. 16
10969 Berlin

Karola Pötter-Kirchner
Charité-Virchow Klinikum
Sozialpädiatrisches Zentrum für
chronisch kranke Kinder
Augustenburger Platz 1
13353 Berlin

Dr. med. Thomas Rogge
Leiter des Instituts für Laboratoriumsdiagnostik
Vivantes Klinikum Neukölln
Rudower Str. 48
12351 Berlin

Claudia Schrewe
Geschäftsführerin
Forum Dienste GmbH
Managementgesellschaft des Ärztenetzes MuM
Viktoriastr. 19
32257 Bünde

Vorwort

Ein weiteres Buch, das sich mit dem leidigen Thema Qualitätsmanagement befasst? Wozu? Sind Ärzte und ihre Mitarbeiter/innen, Psychotherapeuten und Angehörige anderer Gesundheitsberufe, Praxis- und Netzmanager nicht schon genug belastet mit dem, was ständig an neuen Anforderungen formuliert wird? Sollte man dieses lästige Thema Qualitätsmanagement nicht einfach nach Möglichkeit einem Externen übertragen?

Die Protagonisten an der Basis der Gesundheitsversorgung stehen massiv unter Druck; dem wird wohl kaum jemand widersprechen. Und ein Ende ist angesichts zunehmender Patientenbedürfnisse, demografischer und epidemiologischer Veränderungen und (bio-)technologischer Entwicklungen nicht in Sicht. Zugleich bestehende Herausforderungen auch in anderen Bereichen wie Altersversorgung, Bildung, Klima und Wirtschaft führen dazu, dass es nicht die einfache Lösung im Sinne von „höhere Budgets und alles wird gut“ gibt.

Wir meinen, dass dem Thema Qualität zentrale strategische Bedeutung für Gesundheitsorganisationen zukommen wird, in einem noch wesentlich stärkeren Ausmaß, als dies schon heute der Fall ist. Damit ist nicht gemeint, dass bislang schlechte Qualität erbracht wird oder dass Qualität bislang kein Thema war. Aber die aktive, explizite und offene Auseinandersetzung mit dem, was „gute“ Qualität ist, wie sie zustande kommt und wie sie (und nicht die erbrachte Leistung als solche) finanziert wird, wird unserer Einschätzung nach zunehmen.

Daher sind Gesundheitsorganisationen gut beraten, Qualitätsmanagement nicht im Sinne eines kleinstmöglichen Aufwands und auch nicht im Sinne des Abhakens eines Zertifikates zu betreiben. Der Zweck von Qualitätsmanagement besteht auch nicht in der Dokumentation – auch wenn manche Protagonisten mit mannigfaltigen Checklisten und Fragebogen just diesen Eindruck erwecken.

Der Zweck von Qualitätsmanagement besteht darin, über die Auseinandersetzung mit den Ansprüchen und Erwartungen, die man selbst und andere an das haben, was man macht, zu einem stetigen gemeinsamen Lernprozess zu kommen. Qualitätsmanagement ist nicht die Methode, einer einzelnen Person beizubringen, wie sie ihre Arbeit machen soll. Qualitätsmanagement ist eine Methode, einen gemeinsamen Lernprozess zu organisieren, sich abzustimmen und gemeinsam „an einem Strang zu ziehen“.

Ziel dieses Buchs ist es, mit einer Sammlung von „Essentials“ Lust auf dieses Qualitätsmanagement zu machen. Nach der Lektüre sind Sie als Leser oder Leserin folglich kaum in der Lage, Ihre Praxis umgehend zertifizieren zu lassen. Nach der Lektüre dieses Buches sollten Sie jedoch viele Ideen haben, wie Qualitätsmanagement für Ihre Organisation tatsächlich etwas bringen kann – und Lust haben, das auszuprobieren.

Der erste Abschnitt gibt denjenigen, die bislang nur wenig mit Qualitätsmanagement in Kontakt gekommen sind, einen Überblick über Terminologie,

bestehende gesetzliche Grundlagen und Infos zu Qualitätsmanagementsystemen und Zertifizierungen. Im zweiten Abschnitt wird dargestellt, wie die ersten Schritte mit Qualitätsmanagement praktisch aussehen können. Im dritten Abschnitt werden Methoden zur weiteren Umsetzung von Qualitätsmanagement kompakt beschrieben, wobei der Fokus auf solchen Methoden liegt, die bei einem vergleichsweise geringen Aufwand einen hohen Nutzen in der praktischen Anwendung zeigen. Sowohl Methoden zur Erfassung von Verbesserungs- oder Lernpotenzialen als auch Methoden zur Entwicklung konkreter Veränderungen werden hier vorgestellt. Der vierte Abschnitt fokussiert auf die zentralen Kernthemen des Qualitätsmanagements, das Organisieren gemeinsamen Lernens. Hier wird gezeigt, wie der Austausch mit Patienten, im Team, mit anderen Kollegen und mit anderen Organisationen strukturiert, mit dem Ziel verbindlicher Ergebnisse, erfolgen kann. Im fünften Abschnitt schließlich wird eine Reihe von Praxisbeispielen vorgestellt, in denen Autoren aus unterschiedlichen Organisationen die praktische Umsetzung verschiedener Methoden schildern.

Wir wünschen Ihnen ein anregendes Lesen, viel Spaß beim praktischen Ausprobieren und freuen uns, wenn Sie uns von Ihren Erfahrungen berichten!

Köln/Berlin im Juni 2009 *Dr. Christine Kuch und Julia Bellabarba*

Inhalt

I Grundlagen 1

1 Gute Qualität – eine Begriffsbestimmung ___ 3
Christine Kuch und Julia Bellabarba

2 Wozu Qualitätsmanagement in der ambulanten medizinischen und psychotherapeutischen Versorgung? ___ 13
Julia Bellabarba und Christine Kuch

3 Qualitätsmanagement: Formale und rechtliche Vorgaben ___ 19
Julia Bellabarba

4 Welche QM-Systeme gibt es in der ambulanten medizinischen und psychotherapeutischen Versorgung? ___ 25
Julia Bellabarba

5 Was ist ein QM-Handbuch? ___ 29
Julia Bellabarba

6 Was bedeutet die Praxiszertifizierung? ___ 31
Julia Bellabarba

7 Zusammenfassung der wichtigsten Informationen aus Teil I „Grundlagen“ ___ 35

II Einführung von Qualitätsmanagement 37

1 Einführung von Qualitätsmanagement in Praxen ___ 39
Julia Bellabarba

2 Einführung von Qualitätsmanagement in der psychotherapeutischen Praxis ___ 47
Julia Bellabarba

3 Medizinische Versorgungszentren ___ 55
Christine Kuch

III QM-Tools in der Praxis 69

1 Einführung ___ 71
Christine Kuch

2 Instrumente zur systematischen Erfassung von Verbesserungspotenzialen – Nutzen und Vorgehen einer Selbstbewertung mit Fallbeispiel ___ 75
Christine Kuch

3 Verbesserungsideen erfassen und nutzen: Betriebliches Vorschlagswesen und Beschwerdemanagement ___ 81
Christine Kuch

4 Prozessmessung ___ 87
Julia Bellabarba

5 Outcomemessung ___ 93
Christine Kuch

6 Benchmarking: Best practice als Vorbild — 99
Christine Kuch

IV Veränderungsmethoden — 103

1 Qualitätsplanung: Wie man es schafft, dass der Aufwand tatsächlich beim Patienten ankommt — 105
Christine Kuch

2 Lösungsorientierte Qualitätsverbesserung — 113
Christine Kuch

3 Die Strategiewanderung: Veränderungen nachhaltig initiieren und umsetzen — 121
Christine Kuch

V Kommunikation, Vertrauen und Verbindlichkeit — 129

1 Einführung — 131
Julia Bellabarba

2 Patienteninformation — 133
Julia Bellabarba

3 Shared Decision Making: Arzt und Patient entscheiden gemeinsam über die Behandlung — 139
Christine Kuch

4 Teambesprechung und Teamentwicklung — 145
Christine Kuch

5 Kollegialer Austausch — 153
Julia Bellabarba

VI Praxisbeispiele — 159

1 Einführung — 161
Christine Kuch

2 Lösungsorientierte Qualitätsverbesserung zur Verminderung des Sprechstundenausfalls — 163
Karola Pötter-Kirchner

3 Qualitätssicherung in der Transfusionsmedizin: Externes Audit und Peer-Review verknüpft — 169
Elke Gossrau, Thomas Rogge und Christa Markl-Vieto Estrada

4 Praxisinterne Behandlungspfade: Was bringen sie den Ärzten, Fachärzten und Psychotherapeuten? — 175
Julia Bellabarba

5 Behandlungspfad im Ärztenetz – Erfolgsfaktoren aus der Praxis — 181
Christine Kuch

6 Shared Decision-Making bei Kreuzschmerzen — 195
Sabine Beck und Andreas Loh

7 Patientenbeteiligung bei medizinischen Entscheidungen als Qualitätsmerkmal der Versorgung am Beispiel der ambulanten Depressionsbehandlung — 205
Andreas Loh und Sabine Beck

8 Verbindlichkeit im Verbund erzielen oder: Von den Schwierigkeiten, Ärzte zu einen — 215
Hans-Jürgen Beckmann und Claudia Schrewe

VII Anhang — 221

Anhang 1: Geltende Rechtsnormen für PT-Praxen relevant — 223

Anhang 2: Prozessqualität in der Praxis für Psychotherapie — 224
Julia Bellabarba

Anhang 3: Verschiedene QM-Systeme im Überblick — 229
Julia Bellabarba

Anhang 4: Verkürzte Wiedergabe der QM-Richtlinie des GBA mit Ergänzungen durch die Autorin — 235
Julia Bellabarba

Anhang 5: Zuweiserbefragung — 238

Die Autorinnen — 240

Abkürzungsverzeichnis

BQS: Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung

DIN EN ISO 9000 QM-Norm, DIN: Deutsche Industrie Norm, EN: Europäische Norm

ISO: International Organization for Standardization

DMP: Disease Management Programm (Strukturierte Behandlungsprogramme)

EbM: Evidenzbasierte Medizin

EFQM: European Foundation for Quality Management

EPA: European Practice Assessment

GBA: Gemeinsamer Bundesausschuss

GKV: Gesetzliche Krankenversicherung

IMM: Internationale Maturity Matrix

KBV: Kassenärztliche Bundesvereinigung

KTQ: Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen

KV: Kassenärztliche Vereinigungen

MFA: Medizinische Fachangestellte

MVZ: Medizinisches Versorgungszentrum

PKV: Private Krankenversicherung

PT: Psychotherapie, Psychotherapeuten

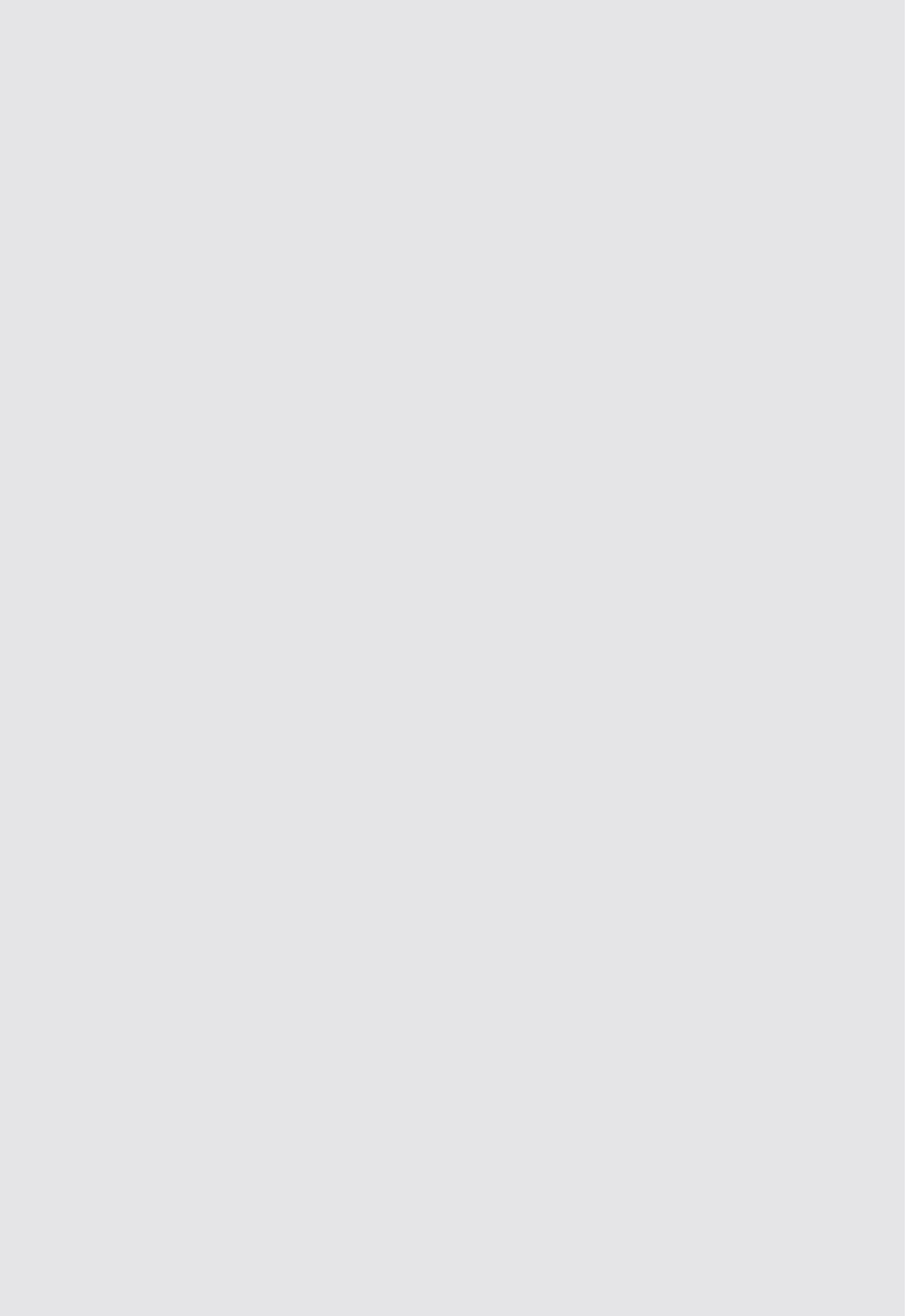
QEP: Qualität und Entwicklung in Praxen (QM-System der KBV)

QM: Qualitätsmanagement

QS: Qualitätssicherung

I

Grundlagen



1 Gute Qualität – eine Begriffsbestimmung

Christine Kuch und Julia Bellabarba

1.1 Beispiele guter Qualität

Wer sich mit Qualitätsmanagement beschäftigen möchte (oder muss), sollte zunächst klären, worum es geht. Was bedeutet das, was „gemanagt“ werden soll? Was bedeutet „gute Qualität“? Auf diese Frage hin gaben niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten unter anderem die nachstehenden Antworten (Kuch 2007).

- „Gute Qualität, das ist, wenn es meinen Patienten nach der Behandlung besser geht. Oder zumindest danach nicht noch schlechter geht.“
- „Ehrlich gesagt bedeutet gute Qualität auch, dass ich fit bin, mich nicht immer bis spät in der Praxis mit irgendwelchem Kram beschäftigen muss, sondern auch Zeit mit meiner Familie habe oder einfach mal für mich.“
- „Wenn's unter den Mitarbeiterinnen gut läuft, das ist auch gute Qualität.“
- „Wenn wir dabei nicht auch unser Auskommen haben, unsere Mitarbeiterinnen bezahlen können und finanziell gesichert sind, kann das auch keine gute Qualität sein.“
- „Gute Qualität – auch mal Zeit haben, bei einem Hausbesuch mit einer alten alleinstehenden Dame einen kurzen Plausch zu halten. Die blühen richtig auf.“
- „Das kann schon stimmen, dass wir zu viele „Zweitbilder“ machen. Aber tatsächlich kann man bei vielem, was wir in die Hände bekommen, nichts deutlich erkennen.“
- „Gute Qualität erkenne ich daran, dass meine Klienten mich weiterempfehlen. Oder natürlich auch daran, dass schon in der Therapie erkennbar ist, dass die Klienten ihren Zielen näher kommen.“

Die Zitate zeigen, dass die Definition dessen, was unter dem Begriff „Qualität“ zu verstehen ist, schon allein bei einer Gruppe niedergelassener Ärzte und Psychotherapeuten unterschiedlich ausfällt. Nimmt man nun noch Definitionen von Patienten und Angehörigen, von Kassenvertretern und anderen hinzu, entsteht ein immer komplexeres Bild:

- „Also wissen Sie, an mir wurde irgendwie „herumgedoktert“, sage ich mal. Der eine Arzt hat das gemacht, der andere das und jeder hat so getan, als wäre das das einzig Mögliche. Meine Ärztin jetzt, die hat als Erste mal richtig nachgefragt, was denn bisher gemacht wurde. Die hat sich wirklich dafür interessiert. Und mir viel erklärt. Das finde ich gut.“
- „Meinem Mann ging es immer schlechter. Ich habe das einfach nicht mehr gepackt. Ich wünsche allen, die in so einer Situation sind auch, dass sie wie ich jemanden vom ambulanten Hospizdienst treffen. Das hat uns sehr geholfen.“
- „Natürlich müssen alle Praxen sicherstellen, dass die erforderlichen Sicherheits- und Hygienemaßnahmen eingehalten werden. Alles andere ist nicht nur schlechte Qualität, es ist fahrlässig.“
- „Gute Qualität in der Gesundheitsversorgung bedeutet, dass Frauen und Männer, Arme und Reiche, Bürger mit und ohne Migrationshintergrund die gleichen Chancen auf eine hochwertige Behandlung haben. Das ist heute leider nicht der Fall. Daher kann ich die Qualität der Gesundheitsversorgung in Deutschland auch nicht so positiv bewerten wie andere es tun.“
- „Ein Arzt, der vor allem deswegen, weil er ein neues Gerät eingekauft hat, mehr Sonographien durchführt, handelt nicht im Sinne einer guten Medizin.“
- „Die medizinische Versorgung in Deutschland erhält im internationalen Vergleich gute Noten und ist damit besser als ihr Ruf!“
- „Letztlich kommt es immer darauf an zu überlegen, wo der Nutzen für den Patienten ist. Darauf kommt es an.“

Diese Komplexität verdeutlicht, dass es sich beim Qualitätsbegriff im Gesundheitswesen weder um eine eindimensionale, noch um eine a priori bestehende Größe handelt. Vielmehr muss das, was unter Qualität verstanden wird, normativ bestimmt werden. Sonst kann auch Qualitätsmanagement kaum Nutzen bringen. Denn solange inhaltlich nicht klar ist, was genau in welche Richtung hin verbessert werden soll, kann auch eine Methode, und sei sie noch so effektiv und effizient, diese Lücke nicht füllen.

Aufgabe 1 für anwendungsfreudige Leser

Bitte beantworten Sie selbst die Frage: „Was bedeutet „gute Qualität“ in meiner Praxis?“ „Was in unserem Verbund?“ Sprechen Sie mit Ihren Kolleginnen, mit Ihren Mitarbeitern darüber. Was denken sie dazu?

1.2 Wer bestimmt, was gut ist?

Wer aber entscheidet, was gute Qualität konkret ist? Wer bewertet die Güte erreichter Qualität? Auch auf diese Frage gibt es keine einfache Antwort, da hieran nicht eine Person oder eine Gruppe beteiligt ist. Weder der Praxisinhaber, noch die Geschäftsführerin, noch eine andere Person kann dies allein festlegen.

Der Grad erreichter Qualität wird normativ anhand der Erfüllung von Kriterien unterschiedlicher Anspruchsgruppen bewertet.

Anspruchsgruppen sind diejenigen, die Ansprüche an eine Praxis stellen. Oder umgekehrt, Interessensgruppen und Kunden, die eine Praxis versorgen und bedienen. Einer Reihe von Ärzten und Psychotherapeuten ist der Begriff „Kunde“ für Patienten suspekt, da sie den Patienten als in seiner Autonomie eingeschränkt erleben. In der Tat gibt es einige Aspekte in der medizinischen oder psychotherapeutischen Behandlung, die sich von einer „normalen“ Kundenbeziehung im Dienstleistungsprozess unterscheiden. Beispielsweise werden die Leistungen im gesetzlichen Krankenversicherungsbereich nicht direkt von dem „Kunden“ Patient beglichen, der so weniger Einblick erhält und damit weniger autonom agieren kann.

Grundsätzlich allerdings sind Gesundheitsleistungen Dienstleistungen. In diesem Sinne versteht man unter externen Kunden all jene Leistungsbezieher bzw. Nachfrager, die von der Gesundheitsorganisation Leistungen empfangen bzw. eigenständiges Interesse an deren Leistungen haben. Abbildung 1 zeigt nicht alle, aber zumindest die wichtigsten Anspruchsgruppen, die konkrete, wenn auch teilweise widersprüchliche Anforderungen an die Qualität einer ärztlichen oder psychotherapeutischen Praxis stellen. Darüber hinaus zeigt Abbildung 1 auch die sog. „internen Kunden“. Der Begriff des internen Kunden umfasst alle Mitarbeiter einer Gesundheitsorganisation, die am Zustan-

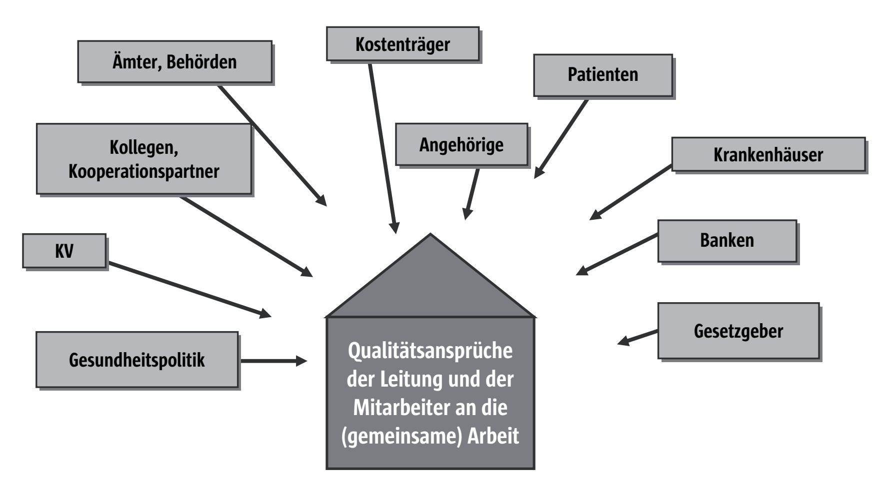


Abb. 1 Anspruchsgruppen

dekommen der Leistungsqualität beteiligt sind: Auch innerhalb der Organisation wird in einem Ablauf derjenige Mitarbeiter, der von einem anderen Mitarbeiter irgendwelche Leistungen (Informationen, Zuarbeit, …) erhält als interner Kunde (des internen Leistungserbringers) bezeichnet.

Der nächste konkrete Schritt zur Definition des Qualitätsverständnisses in der eigenen Einrichtung besteht in der Befragung der relevanten Anspruchsgruppen zu Anforderungen, Erwartungen, Bedürfnissen und Wünschen. Die einfache und sehr praxisnahe Methode der Fokusgruppeninterviews, die dazu genutzt werden kann, ist in Kapitel IV.1 zur Qualitätsplanung beschrieben.

Bei Betrachtung der Abbildung 1 wird zudem deutlich, dass diese Anspruchsgruppen unterschiedliche, teilweise im Konflikt stehende Anforderungen und Erwartungen an die zu erbringende Qualität einer Praxis stellen. Aufgrund dieser Konflikte muss in der Praxis aktiv die Entscheidung getroffen werden, *welche* Anspruchsgruppen *wann und wie* wichtig sind.

Welchen Erwartungen werden in welchem Fall Vorrang gegeben?

- den Erwartungen des Patienten, des Mitarbeiters, der Kasse?
- den eigenen Erwartungen?
- …?

Ziel ist, möglichst viele Anforderungen unterschiedlicher Gruppen (auch die eigenen!) zu erfüllen. Die Leitfrage hierbei lautet, welche möglichen Teilaspekte einer Erwartung erfüllt werden können. Es wird dabei stets Anforderungen geben, die aus den unterschiedlichsten (medizinischen, finanziellen, ethischen und anderen) Gründen nicht erfüllt werden. Dabei sollte jedoch aus Sicht des Qualitätsmanagements beachtet werden, dass es letztendlich die externen Kunden und allen voran die Patienten sind, die die Leistungen der Einrichtung bewerten.

Nach dem (branchenunabhängigen) GAP-Modell von Zeithaml, Parasuraman und Berry (1992) beurteilen Kunden die Dienstleistungsqualität einer Organisation durch folgende zehn Dimensionen.

1. materielles Umfeld
2. Vertrauenswürdigkeit
3. Zuverlässigkeit
4. Sicherheit
5. Entgegenkommen
6. Erreichbarkeit
7. Kompetenz
8. Kommunikation
9. Zuvorkommenheit
10. Kundenverständnis

Für die Zufriedenheit ausschlaggebend sind dabei die auf Erfahrungen in der Vergangenheit beruhenden Erwartungen des Kunden (Grönroos 1990). Dies gilt auch für die Patientenzufriedenheit: Empfehlungen anderer Patienten, zurückliegende Erfahrung mit Ärzten und die Kommunikation der Praxis be-

stimmen die Erwartungshaltung der Patienten maßgeblich. Die Zufriedenheit, die subjektive Qualitätswahrnehmung, entsteht, wenn die Bilanz aus Erwartung des Patienten und Erfahrung in der Praxis positiv ausfällt. Das bedeutet auch, dass eine unrealistisch hohe Erwartungshaltung, selbst bei einer qualitativ hohen medizinischen Behandlung zur Unzufriedenheit des Patienten führen muss. Insofern sollte die Erwartungshaltung des individuellen Patienten immer mit berücksichtigt und mit ihm diskutiert werden. Patienten sind meist gut in der Lage, die eigenen Erwartungen an eine Behandlung nach einem Gespräch zu adjustieren.

Auch die *vermeintliche* Patientenerwartung, d. h. das was der Arzt glaubt, dass der Patient erwartet, spielt in diesem Zusammenhang eine Rolle. Beispielsweise gaben Hausärzte in einer Studie an, überflüssige Verschreibungen und Überweisungen vorgenommen zu haben, weil sie glaubten, ihre Patienten legten Wert darauf – die Patienten hegten die ihnen unterstellten Erwartungen jedoch nicht (Little 2004).

> *„To limit unnecessary resource use and iatrogenesis, when management decisions are not thought to be medically needed, doctors need to directly ask patients about their expectations“ (Little 2004).*

Auch hier ist es also im Sinne einer höheren Qualität sinnvoll, die Patienten direkt nach ihren Erwartungen zu befragen (und nicht davon auszugehen, man wisse aufgrund seiner Erfahrung mit vielen Patienten schon, was der individuelle Patient erwartet).

Darüber hinaus spielt die „Ausstattung“ des Patienten, sein körperlicher und psychosozialer Zustand und seine Ressourcen eine große Rolle. Der Patient ist in dem Zusammenspiel Patient-Therapeut nie nur Empfänger der ärztlichen/psychotherapeutischen Dienstleistung, sondern immer auch Ko-Produzent.

Praxisbeispiel: Die medizinische Leistung als Produkt von Arzt und Patient

Wie komplex die Qualitätsdefinition in der Patientenversorgung ist, illustriert das folgende Fallbeispiel aus der Klinik. Auf der Station für Palliativmedizin einer Universitätsklinik wird eine junge Frau betreut. Aufgrund von Hirnmetastasen ist ihre linke Köperhälfte wenige Wochen vor ihrem Tod plötzlich gelähmt. Zunächst bewerten die behandelnden Ärzte die neue Symptomatik als „medizinisch … relativ irrelevant“. Die Patientin ist jedoch wegen der Lähmung sehr deprimiert und weigert sich, ihren Mann und ihre kleinen Kinder zu sehen. Die Ärzte beschließen nun, eine Gamma-Knife Bestrahlung der Hirnmetastase durchzuführen, eine kostspielige Intervention, die im finalen Stadium einer Krebserkrankung üblicherweise nicht durchgeführt wird. Nachdem die Patientin die Kontrolle über ihre linke Körperhälfte wieder zurückgewonnen hat, erlebt sie die letzten zwei Wochen ihres Lebens mit ihrer Familie harmonisch. Der behandelnde Arzt: *„Es ging mir nicht darum, ihre Lebenszeit zu verlängern, sondern um Symptomlinderung, darum, dass sie ihre linke Hand wieder*

bewegen kann, weil das für sie offenkundig so wichtig war. Wir haben Hightech-Medizin eingesetzt, letztlich um ihr seelisch zu helfen ... Man könnte jetzt sagen: Großartig, du hast viel Geld für die Bestrahlung verpulvert, damit diese Frau zwei Wochen keine Depressionen hat. Aber die Wirkung dieser Bestrahlung hält nicht zwei Wochen an, sondern etwa 80 Jahre. Das ist die Lebenserwartung der beiden Kinder. Wie sie den Tod ihrer Mutter erlebt haben, dass sie ihn erlebt haben und sich von ihr verabschieden konnten, wird ihr gesamtes Leben beeinflussen."

(Laudenbach 2008, S. 106)

Dieses Beispiel veranschaulicht darüber hinaus einen zentralen Satz, der die Bemühungen um Qualität im Gesundheitswesen kennzeichnen sollte:

„... Ergebnisse bleiben im Großen und Ganzen die ultimative Beurteilungsebene für die Wirksamkeit und Qualität der medizinischen Versorgung ..." (Donabedian 1966).

1.3 Gute Qualität definieren

Eine Definition guter Qualität mutet möglicherweise wie unnötiges theoretisches Gerede an, ist aber von zentraler Bedeutung für die strategische Ausrichtung der Praxis. Eine strategische Ausrichtung, die „Der Patient steht bei uns im Mittelpunkt" als Worthülse gebraucht, wird künftig kaum den maximalen Nutzen für die Praxis erzielen können. Die Medizin, Diagnostik und Behandlung des Patienten oder Klienten stehen als der zentrale wertschöpfende Kernprozess im Mittelpunkt – wer sein Tun in einer Praxis sinnentleert auf anderes (vermeintlich Wichtiges) ausrichtet, wird weniger erreichen. Und das nicht nur im Sinne des Erfolges für Patienten, sondern auch im Sinne der Ergebnisse für Praxisinhaber und ihre Mitarbeiter.

Aufgabe 2 für anwendungsfreudige Leser

Klären Sie bitte für sich bzw. mit Ihren Kollegen die Frage, welche Gruppen wann und wie wichtig sind? Wessen Erwartungen werden bei welcher Entscheidung stärker berücksichtigt? Wem in welchem Fall Vorrang gegeben?

Eine tragfähige Definition „guter Qualität" entsteht aus der Diskussion und Gewichtung der von unterschiedlichen Anspruchsgruppen gestellten Anforderungen zwischen allen Beteiligten in Praxis, Zentrum oder Netzwerk. In dem gleichen Ausmaß, in dem sich die Ansprüche unterschiedlicher Gruppen ändern, muss dabei auch die Qualitätsdefinition reflektiert und gegebenenfalls überarbeitet werden. So betont auch die „Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte" FMH in ihrer Beschreibung der Qualität der ärztlichen Leistungserbringung, dass

„Qualität als eine dynamische, veränderbare Größe Teil eines lernenden Systems und somit der kontinuierlichen Verbesserung unterworfen ist, sowie als Koproduktion mit den Anspruchsgruppen ausgehandelt und umgesetzt werden muss" (Peltenburg et al. 2005).

Das nachstehende Praxisbeispiel verdeutlicht das Vorgehen bei einer solchen Qualitätsdefinition in einer Praxis:

Praxisbeispiel: interne und externe Anspruchsgruppen

Eine fachärztliche Praxis mit einem zehnköpfigen Team beschloss, als Auftaktveranstaltung für eine systematische QM-Einführung, folgende Fragen zu bearbeiten:

- Wer sind unsere Kunden? (intern/extern)
- Wer hat welche Erwartungen an uns?

Als interne Kunden wurden alle Mitarbeiterinnen und die Leitung der Praxis definiert, da jeder im Team für die Kollegen und Vorgesetzten Leistungen erbringt und Gegenleistungen erwartet. Ganz pragmatisch: Das Sekretariat kann nicht planungssicher handeln, wenn der Arzt Terminzeiten überzieht. Die Ärztin ist darauf angewiesen, dass die Patientenakten vollständig sind und dass Befunde rechtzeitig angefordert werden. Auf einer großen Matrix wurde mittels Kartenabfrage eine Darstellung der Bedürfnisse der einzelnen internen Kunden erstellt. Dabei war die Frage an jede einzelne Mitarbeiterin und an die Praxisleitung: Wer hat welche Erwartungen an Sie? Durch diese genaue Analyse erfährt das gesamte Team ganz konkret sowohl die Interdependenzen im Team als auch die Eigenverantwortung jedes Einzelnen: Jeder Mitarbeiter steht in seinem Aufgabengebiet für Qualität. Es gibt niemanden, der nicht mit Qualität zu tun hat.

Im zweiten Schritt wurden die externen Kunden der Praxis benannt (die Reihenfolge beinhaltet keine Priorität der Wertigkeit): Krankenkassen, KV, Patienten und deren Angehörige, Krankenhäuser, niedergelassene Kollegen anderer Fachrichtungen, Physiotherapeuten

Das Team reflektierte miteinander, welche Qualitätsanforderungen verschiedene Interessensgruppen an die Arbeit der Praxis stellen. Aus der Diskussion über interne und externe Anspruchsgruppen ergab sich eine differenzierte Analyse der potenziellen und reellen „Leistungsempfänger", deren Wünsche und Bedürfnisse jede Mitarbeiterin bei ihrer Arbeit kennen sollte (auch wenn nicht immer alle Erwartungen berücksichtigt werden können). Es wurde allen deutlich, dass die tägliche Arbeit vielmehr beinhaltet als die medizinische Versorgung der Patienten, und dass die originären Wertschöpfungsprozesse der Praxis durch komplexe Unterstützungs- und Managementprozesse ergänzt werden müssen. Abschließend wurde im Team eine Diskussion über die Bedeutung dieser Erwartungen geführt und es wurde überlegt, mit welcher Wertigkeit diese Ansprüche für die einzelnen Mitarbeiterinnen und die Praxisleitung behaftet sind. Dabei musste das Team klären: Welche Erwartungen müs-

sen mit oberster Priorität bedacht werden? Danach wurde ganz konkret geplant: Welche Bereiche in der internen und externen Kooperation wollen wir verbessern? Was soll wer bis wann machen?

Hilfreich bei der Beschreibung der Praxisqualität ist es auch, eine Differenzierung auf verschiedenen Qualitätsebenen vorzunehmen, die der amerikanische Arzt Avedis Donabedian schon 1966 definierte. Jede Organisation kann dementsprechend auf drei unterschiedlichen Qualitätsebenen im Hinblick auf die Erfüllung des Sollzustands bewertet (und verbessert) werden:

- Auf der strukturellen Ebene: Stimmt die Ausstattung (mit Menschen und Maschinen)?
- Auf der Prozessebene: Stimmt die Verhältnismäßigkeit im Einsatz der Ressourcen, mit denen ein Ziel erreicht wird?
- Auf der Ergebnisebene: Wie bewerten wir oder andere das Ergebnis? Wie hoch ist die Zufriedenheit der Leistungsempfänger? Wie gut sind die Behandlungsergebnisse? Wie sehen die finanziellen Ergebnisse aus?

Tabelle 1 enthält beispielhaft Merkmale für die drei Qualitätsebenen. Diese Übersicht ist weder vollständig noch präskriptiv (natürlich kann eine Praxis auch ohne Patientenparkplätze sehr hochwertige Leistungen erbringen!) und kann selbstverständlich um eine Vielzahl praxisspezifischer Merkmale ergänzt werden.

Ein weithin bestehendes *Missverständnis* geht dahin, dass Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen einheitlich festlegen will, was gute Qualität bedeutet. Diese Definition ist und bleibt jedoch immer auch Aufgabe der einzelnen Einrichtung oder des Verbundes. Nur das wird umgesetzt werden, was der Überzeugung der Beteiligten entspricht (oder ihr zumindest nicht widerspricht). Dabei gibt es natürlich einige Überschneidungen zwischen den unterschiedlichen Praxen, alle werden z. B. bestmögliche Ergebnisse für die Behandlung ihrer Patientinnen anstreben. Aber ob dieses Qualitätsverständnis einer Praxis beinhaltet, dass der Patient bei den seine Behandlung betreffenden Entscheidungen aktiv einbezogen wurde oder ob dies im Qualitätsverständnis eine eher untergeordnete Rolle spielt, ist (und bleibt) Sache der Praxis. Gerade die Vielfalt der Angebote ermöglicht erst eine auf das Individuum abgestimmte Behandlungsstrategie, die umso notwendiger wird, je komplexer die Erkrankungen werden.

Literatur

Bellabarba J: Magnet Hospitals: Krankenhäuser mit Magnetwirkung. Krankenhaus Umschau 1993; 11: 986–990

Donebedian A: Evaluating the quality of medical care. Milbank Memorial Fund Quartely 1966; 44: 166–203

Grönroos C: Service Management and Marketing: Managing the Moment of Truth in Service Competition (Issues in Organization & Management). Pearson Education Ltd. 1990

Kuch C: Definitionen guter Qualität. Eine Sammlung von Angaben von Teilnehmerinnen und Teilnehmern in Qualitätsmanagement-Seminaren. Unveröffentlichtes Manuskript 2007

Laudenbach P: Zeit zu leben, Zeit zu sterben. brandeins 2008; 08: 106

Tab. 1 Qualitätsmerkmale auf den Ebenen der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität

Qualitätsmerkmale einer ärztlich-somatischen Praxis	Qualitätsmerkmale einer psychotherapeutischen Praxis
Strukturqualität	
Praxisstandort, räumliche Größe, behindertengerechter Zugang Einrichtung Patientenparkplätze finanzielle Ressourcen medizinisch-technische Ausstattung personelle Ausstattung (Anzahl und Qualifikation der Mitarbeiter, Fort- und Weiterbildung) Qualifikation der Praxisleitung Werte, Konzepte der Praxisleitung Mitarbeiterfluktuation	Praxisstandort, räumliche Größe, behindertengerechter Zugang, Erreichbarkeit Einrichtung Patientenparkplätze finanzielle Ressourcen technisch-materielle Ausstattung (Biofeedback, Testothek, Kinderspielzimmer) personelle Ressourcen (z. B. Sekretariat, Schreibdienst) Fort- und Weiterbildungsstand des Praxisinhabers Werte, Konzepte des Praxisinhabers
Prozessqualität	
Praxisorganisation Freundlichkeit und Hilfsbereitschaft des Personals Gesprächsführung durch den Arzt Beziehungsqualität Arzt/Patient Stimmung im Team Effizienz in der Durchführung von Diagnostik und Therapie Annehmlichkeiten im Service	Qualitätsmerkmale sämtlicher Phasen des psychotherapeutischen Prozesses: siehe Anhang 2
Ergebnisqualität	
Fehlerrate Heilungsraten Patienten-Compliance Patientenzufriedenheit/Lebensqualität Anzahl Beschwerden Zahl der Behandlungsfälle im Quartal Mitarbeiterzufriedenheit Zufriedenheit der Praxisleitung finanzielle Ergebnisse	Ergebnisqualität (objektiv/subjektiv) bezogen auf den individuellen Fall Zufriedenheit des Patienten psychische, physische und soziale Gesundheit Verringerung von Risikoverhalten Zufriedenheit des Therapeuten Anzahl wiederholter Zuweisungen Anteil bewilligter Gutachten

Little P: Importance of patient pressure and perceived pressure and perceived medical need for investigations, referral, and prescribing in primary care: nested observational study. BMJ 2004; February 21; 328(7437): 444

Peltenburg M, Kernen H, Schneider P, von Below GC, Waldis G et al.: Qualität – ein Zusammenspiel aller Kräfte im ärztlichen Umfeld. Schweiz. Ärztezeitung 2005; 86 (18): 1055–8

Zeithaml VA, Parasuraman A, Berry LL: Qualitätsservice – Was Ihre Kunden erwarten – Was Sie leisten müssen. Frankfurt/M.: Campus Verlag 1991

Links

www.kbv.de/themen/aquik.html

2 Wozu Qualitätsmanagement in der ambulanten medizinischen und psychotherapeutischen Versorgung?

Julia Bellabarba und Christine Kuch

2.1 Qualitätsmanagement: Zielsetzung und Strategien

Qualitätsmanagement wird in der aktuellen Gesundheitslandschaft aus unterschiedlichen Gründen angewendet – und entsprechend fällt auch der erzielte Nutzen unterschiedlich aus. Wird QM ausschließlich betrieben, um der gesetzlichen Verpflichtung nachzukommen, sollte man die gestellten Mindestanforderungen möglichst zeitökonomisch erfüllen und erzielt so den Nutzen, genau dies zu tun. Wird QM betrieben, um ein Zertifikat zu erhalten, so wird der langfristige Nutzen vor allem darin bestehen, das Zertifikat zu haben – zumindest zeigen Studien (Malorny 1996), dass Zertifizierungen zwar zum Teil einen über das Zertifikat hinaus gehenden Effekt bringen (z. B. Prozessverbesserungen), dieser Effekt nach einiger Zeit aber wieder verpufft. Wird QM als strategische Entwicklungsoption genutzt, dann zielt die Qualitätsarbeit auf etwas, was man „Lernende Organisation" nennt. Dies bezeichnet, kurz gesagt, eine Praxis, die nicht mehr nur noch auf unbillige Neuerungen reagieren kann, sondern eine Praxis, die in der Lage ist, künftige Entwicklungen selbst zu gestalten.

Systematisches umfassendes Qualitätsmanagement bezeichnet die durchgängige, fortwährende und alle Bereiche einer Organisation erfassende aufzeichnende, sichtende, organisierende und kontrollierende Tätigkeit, die dazu dient, die bestehende Qualität in der Einrichtung zu sichern und kontinuierlich zu verbessern. Kurz gesagt bedeutet dies, dass nicht die QM machen, die

bisher schlechte Qualität geliefert haben, sondern die, die dauerhaft hervorragende Qualität liefern möchten.

Kontinuierliches QM ist in diesem Sinne kein Instrument, sondern eher eine Philosophie, die in der Anwendung einer Reihe von Instrumenten ganz pragmatisch umgesetzt wird. Für die Einführung eines umfassenden Qualitätsmanagements in der ambulanten Patientenversorgung sprechen „harte“, rationale Argumente ebenso wie „weiche“ Argumente, die eher im Bereich der persönlichen Haltung und in der Verpflichtung zu einem bestimmten Menschenbild verankert sind. Eines der Lieblingsvorurteile im Gesundheitswesen beinhaltet, dass QM aus einer bürokratischen und mechanistischen Einstellung hervorgeht. Die Entscheidung, die eigene Praxis auf der Grundlage einer systematischen Auseinandersetzung über Qualität zu führen, hat jedoch vor allem damit zu tun, dass man die Praxis strategisch konsequent auf den maximal zu erzielenden Nutzen aus Sicht von Patienten, Praxisteam und Praxisinhabern ausrichtet.

Damit ist schon eine der zentralen Strategien umfassenden QMs benannt: Die Ausrichtung der Organisation auf die maximale Zielerreichung, auf maximale *Effektivität*: „Die *richtigen Dinge* tun“. Dazu gehört beispielsweise die Definition dessen, was gute Qualität bei XY bedeutet: Was soll dabei herauskommen? Eng verknüpft damit ist die *Patienten- und Kundenorientierung*, denn die Zielsetzung wird immer in Abstimmung mit den Erwartungen der Patienten und anderen Kunden definiert (s. Kap. I.1).

Daneben steht die Strategie der *Effizienzorientierung*, die *Minimierung* des benötigten Aufwands: „Die Dinge *richtig tun*.“ Soll heißen: keine Umwege, keine unnötigen Doppeluntersuchungen, keine unklaren Verantwortlichkeiten usw.

Die *Prozessorientierung* als weitere wichtige Strategie bedeutet, dass man im QM vor allem in Prozessen, in Abläufen denkt und Prozesse verändert, da auf diese Weise die erzielten Ergebnisse am besten beeinflusst werden können. Das umfasst auch, dass bei Veränderungen alle am Prozess Beteiligten gemeinsam überlegen, wie der Prozess besser gestaltet werden könnte. Man geht davon aus, dass die, die im Prozess tätig sind, auch am besten wissen, was verändert werden sollte.

Damit im Zusammenhang steht die *Mitarbeiterorientierung*, in der zum Ausdruck gebracht wird, dass Mitarbeiter genau diejenigen sind, die im Prozess tätig sind und mögliche Verbesserungspotenziale kennen, möglicherweise in höherem Ausmaß als ihre Vorgesetzten. Zudem werden im QM Mitarbeiter nicht als Kostenfaktor sondern als Ressource definiert.

Die Strategie der *kontinuierlichen Verbesserung* bedeutet dabei, dass man nicht einmal etwas verbessert und die Welt damit in Ordnung ist. Vielmehr geht man davon aus, dass Anforderungen sich ändern und nur lernende Organisationen, die sich kontinuierlich weiterentwickeln, langfristig bestehen werden.

In diesem Zusammenhang von Bedeutung ist die Strategie der *Datenbasis*. Im QM wird weniger gefühlt als gemessen. Die Veränderungsarbeit fußt auf einer empirischen Basis: Wie groß ist der entstandene Schaden tatsächlich?

Als wie lange wird die Wartezeit denn von den Patienten empfunden? Wie häufig wird eine Anforderung nicht vollständig ausgefüllt?

Diese zentralen Strategien des Qualitätsmanagements werden bei allen Aktivitäten möglichst umfassend berücksichtigt. Beispielsweise werden Prozesse nicht ohne die Beteiligten verändert, aber auch nicht, ohne dass die Empfänger der Prozessergebnisse (die Kunden des Prozesses) nach ihren Erwartungen in Bezug auf diese Ergebnisse konkret befragt werden. Konkrete Methoden und Vorgehensweisen hierzu sind in diesem Buch zu finden.

Schließlich ist der *Rückhalt durch die Führung* für die QM-Arbeit unerlässlich, weil hier nicht nur einfach Prozesse beschrieben, sondern Entscheidungen darüber getroffen werden, wer für was verantwortlich ist und wer nicht, wer für was welche Ressourcen bekommt usw. Zudem müssen gemeinsame Absprachen in der Folge auch umgesetzt werden. Das erfordert Führungskompetenz.

Die letzte zu nennende Strategie des *langfristigen Denkens* bedeutet, dass man nicht auf kurzfristige Gewinne zielt, sondern eine nachhaltige, langfristige Perspektive bevorzugt. Diese Haltung verdeutlicht das nachstehende Zitat.

> *„… aber tatsächlich sollte man die Strategie von Kai-zen (= jap. Veränderung zum Besseren, kontinuierlicher Verbesserungsprozess) fast mit religiösem Eifer betreiben und nicht gleich an die damit zu erzielenden Erträge denken. Kai-zen beruht auf der Annahme, dass Menschen nach Qualität und Wert streben: ein Management sollte überzeugt sein, dass sich solch ein Streben auch bezahlt macht.“ (Imai 1999)*

2.2 Qualitätsmanagement: Was bringt es

In einer 2008 veröffentlichten Studie der Stiftung Gesundheit zu QM in der ärztlichen Praxis (Follow-up-Studie von 2007) wurde bestätigt, dass die große Mehrzahl der Ärzte, die QM in ihrer Praxis eingeführt haben, positive Effekte verzeichnen. 1260 Praxisinhaber (einschließlich Zahnärzte und psychologische Psychotherapeuten) gaben über ihre Einstellung, Kenntnisstand und Erfahrungen mit QM Auskunft. Die Hälfte der Befragten gab an, dass QM ihre eigene Arbeitszufriedenheit, die Behandlungsqualität und Heilungserfolge, sowie die Wirtschaftlichkeit der Praxis verbessere. Darüber hinaus beschrieben ca. drei Viertel der Befragten eine positive Wirkung auf die Mitarbeitermotivation und eine straffere Arbeitsorganisation als Auswirkung der QM-Maßnahmen. Immerhin ein Drittel der Stichprobe hielt QM für ein teures und überflüssiges Instrument zur Reglementierung der ärztlichen Freiheit. Die Hälfte derer, die sich noch nicht mit QM befasst hatte (n = 146) hielt QM für Geldschneiderei, vereinzelt wurde zum Boykott der Richtlinie aufgerufen. Die Autoren in der Diskussion:

> *„Die Studie zeigt, zumal im Kontrast zum Vorjahr mehrere Elemente einer Konsolidierung der QM-Landschaft im ambulanten Sektor: nach bisweilen äußerst aufge-*

regten Diskussionen um QM, dessen Eignung für den Medizinbetrieb und insbesondere die Pflicht dazu, scheint eine Normalisierung einzutreten: Die Erwartungen, was QM bringen werde, fokussieren sich stärker auf das, was es ist: ein Organisations-Instrument." (Stiftung Gesundheit 2008, S. 2)

Die Einführung von QM bei den niedergelassenen Ärzten und Psychologen ist nur zögerlich, nach vielen Diskussionen in Gang gekommen. So wurden zwar schon Mitte der 90er-Jahre vom Bundesministerium für Gesundheit Fördermittel für Qualitätsmanagement in der ambulanten Versorgung vergeben (Häussler et al. 1997), aber im Gegensatz zum später erfolgenden Förderprojekt des BMG im stationären Bereich, zog das Projekt keine breite Bewegung nach sich. Erst die gesetzliche Anordnung führte zu einer, zumeist nun erzwungenen Beschäftigung mit QM. Eine QM-kritische oder -feindliche Haltung beruht auf unterschiedlichen Motiven:

- Bei der Vermarktung von Qualitätsmanagement durch privatwirtschaftliche Organisationen wurde gezielt Desinformation verbreitet und Verunsicherung gefördert – so wurde z. B. fälschlicherweise verbreitet, man müsse die Praxis zertifizieren lassen.
- Durch die formalrechtliche Verpflichtung wurde QM als Zwang und nicht als Chance wahrgenommen.
- Die Erfahrungen niedergelassener Ärzten/Psychologen mit QM im Krankenhaus sind oft negativ. Dass sich diese Erfahrungen aber auch deutlich wandeln können, zeigt beispielsweise ein Bericht eines niedergelassenen Arztes sehr deutlich (Lederer et al. 2005).
- In der Ausbildung von Medizinern und Psychologen werden keine Managementkompetenzen vermittelt.
- Es besteht der Vorbehalt im Gesundheits- und Sozialwesen, QM sei für die Industrie geeignet, also bei der Produktion materieller Güter, aber nicht für Berufsgruppen „die mit kranken Menschen arbeiten".
- In der Sozialisierung der Mediziner in Deutschland ist eine Grundannahme tradiert worden: Eine Bewertung der ärztlichen Heilkunst steht nur dem Arzt selbst zu. QM ist dabei missgedeutet worden, als Versuch von nicht-ärztlicher Seite, die medizinisch-therapeutische Entscheidungsfreiheit zu reglementieren.

Wozu also Qualitätsmanagement in der ambulanten somatischen und psychotherapeutischen Versorgung? Welche Argumente sprechen dafür?

- **Reduzierung von Komplexität**: Wachsende wissenschaftlich-medizinischen Komplexität, Komplexität der interdisziplinären und sektorenübergreifenden Kooperation und der neuen Vertragsformen (MVZ, Integrierte Versorgung, große Gemeinschaftspraxen/Praxisgemeinschaften) lassen sich durch QM besser organisieren.
- **Wirtschaftliche Gründe**: QM bietet Vorteile in Hinblick auf den Wettbewerb auf dem „Gesundheitsmarkt" und es besteht bereits jetzt ein Vergü-

tungsvorteil in einigen Bereichen, wenn der Praxisinhaber QM vorweisen kann.

- Rechtssicherheit und Richtlinienkonformität
- **Strukturelle Sicherheit**: Verlässliche, klare und nachvollziehbare Strukturen helfen der Praxisleitung, den Mitarbeiterinnen und den Patienten, Sicherheit zu gewinnen und Stress zu reduzieren (auch beim Praxisinhaber).
- **Ressourceneinsparung**: Mit Kosten, Material und mit der Energie des gesamten Teams wird in vielen Praxen verschwenderisch umgegangen. QM etabliert eine Systematik, um, im Vokabular von Kai-zen ausgedrückt, bei jeder Aufgabe die drei „Mus" zu berücksichtigen und Muda (Verschwendung), Muri (Überlastung) und Mura (Unregelmäßigkeit) zu vermeiden.
- **Teamentwicklung durch umfassende Kundenorientierung**: Ein Kernsatz des kontinuierlichen Verbesserungsmanagements besagt *„Der Nächste im Prozess ist der Kunde"*. Das Praxisteam verpflichtet sich, so zu arbeiten, dass der Nachfolgende im Prozess optimal weiterarbeiten kann. Das setzt eine hohe Bereitschaft zu Kommunikation voraus und funktioniert, wenn sich alle Bereiche regelmäßig auf eine Metaebene begeben und sich fragen: Was machen wir und wie machen wir das, was wir machen müssen so, dass sich Sinnhaftigkeit, Sicherheit und Spaß an der Arbeit einstellen? Diese Prozessorientierung im Team führt zu hoher Motivation und Arbeitszufriedenheit.
- **Patientenorientierung**: Der Patient hat, gerade aufgrund seiner Einschränkungen, ein besonderes Recht auf eine Organisation seiner Behandlung, die einem Höchstmaß an Sicherheit verpflichtet ist. Darüber hinaus wünschen Patienten in deutlich zunehmende Maße verständliche, umfassende Informationen und eine wertschätzende Kommunikation. Sämtliche QM-Aktivitäten orientieren sich letztendlich an der Patientenversorgung. Den Aspekten Sicherheit und Kommunikation kommt ein besonderer Stellenwert zu. Das kommt nicht zuletzt den Mitarbeitern und dem Arzt selbst zugute: Fehler zu vermeiden, bedeutet Stress und Kosten zu vermeiden. Zufriedene Patienten sind für alle an der Behandlung Beteiligten ein Grund für hohe Arbeitszufriedenheit.

Aufgabe 3 für anwendungsfreudige Leser

Klären Sie bitte für sich bzw. mit Ihren Kollegen die Frage: Welche Argumente sprechen denn in unserer Praxis, in unserem Verbund für QM?

Literatur

Amon U (Hrsg.): Qualitätsmanagement in der Arztpraxis – Patientenbindung, Praxisorganisation, Fehlervermeidung. 2. Aufl. Berlin, Heidelberg: Springer 2004

Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (Hrsg.): Kompendium Q-M-A. Qualitätsmanagement in der ambulanten Versorgung. Köln: Deutscher Ärzteverlag 2003

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.): Qualitätsmanagement in der Arztpraxis. Baden-Baden: Nomos 1999

Deutsche Gesellschaft für Qualität: Ganzheitliches Management in der Arztpraxis. DGQ-Band 32–01. Berlin, Wien, Zürich: Beuth 2001

Diel F, Gibis B: Qualitätsmanagement – Mehrwert für die Arztpraxis. Deutsches Ärzteblatt 2004; 101 (10): A-1240–A-1243

Gerlach FM: Qualitätsförderung in Praxis und Klinik – Eine Chance für die Medizin. Stuttgart: Thieme 2001

Häussler B, Kuch C: Warum und wozu braucht man ein Qualitätsmanagement in der Arztpraxis? In: Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.): Qualitätsmanagement in der Arztpraxis. Baden-Baden: Nomos 1999

Kamiske GF, Brauer JP: Qualitätsmanagement von A bis Z: Erläuterungen moderner Begriffe des Qualitätsmanagements. 5. Aufl. München: Hanser 2006

Knon D, Ibel H: Qualitätsmanagement in der Arztpraxis. München: Hanser 2005

Lederer N, Rieker W, Kuch C: Das klappt jetzt alles besser – Erste Erfahrungen mit dem praxisinternen Qualitätsmanagement. Berliner Ärzte 2005; 2: 22–24

Malorny C: TQM umsetzen. Der Weg zur Business Excellence. Stuttgart: Schäffer-Poeschel 1996

Nüllen H, Noppeney T: Lehrbuch Qualitätsmanagement in der Arztpraxis. Entwicklung und Einführung eines QMS. 3. Aufl. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag 2006

Sens B, Fischer B, Bastek A, Eckardt J, Kaczmarek D, Paschen U, Pietsch B, Rath S, Ruprecht T, Thomeczek C: Begriffe und Konzepte des Qualitätsmanagements. 3. Aufl. 2007. Online frei zugänglich unter http://www.egms.de/en/journals/mibe/2007-3/mibe000053.shtml

Links

www.stiftung-gesundheit.de/PDF/studien/Studie_QM_2008.pdf

Begriffe und Konzepte des Qualitätsmanagements (3. überarbeitete Auflage, 2007) online frei zugänglich unter: www.egms.de/en/journals/mibe/2007-3/mibe000053.shtml

3 Qualitätsmanagement: Formale und rechtliche Vorgaben

Julia Bellabarba

Dieses Kapitel erklärt die gesetzlichen und normativen Vorgaben, die für das Qualitätsmanagement aller ärztlichen, psychotherapeutischen und kinderpsychotherapeutischen Praxen und MVZ gelten, soweit sie im Rahmen der GKV Leistungen erbringen und abrechnen.

Qualitätsmanagement in der ambulanten Versorgung der Patienten ist für niedergelassene Ärzte und Psychologen zur Verpflichtung geworden. Relevant sind dabei die Vorgaben des SGB V § 136 a und die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses. Diese gesetzlichen Vorgaben werden im Folgenden erläutert. Sie gelten für:

- niedergelassene Ärzte aller Fachrichtungen
- niedergelassene psychologische Psychotherapeuten (für Erwachsene, Kinder und Jugendliche)
- Medizinische Versorgungszentren

Zum 01.01.2004 wurde das fünfte Sozialgesetzbuches (Gesetz zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung) geändert. Es enthält in § 135 a (2) folgende Regelung: *„Vertragsärzte, medizinische Versorgungszentren, zugelassene Krankenhäuser (...) sind (...) verpflichtet, (...) einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln."*

Der Gesetzgeber hat nicht festgelegt, in welcher Form und bis zu welchem Zeitpunkt ein „einrichtungsinternes Qualitätsmanagement" eingeführt werden soll. Dies festzulegen obliegt dem Gemeinsamen Bundesausschuss: GBA § 136 a (1) „Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt für die vertragsärztliche Versorgung durch Richtlinien (...) die verpflichtenden Maßnahmen der

Qualitätssicherung nach § 135 a Abs. 2 sowie die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement (...)." Die gesetzliche Verpflichtung zum praxisinternen Qualitätsmanagement, die im Januar 2004 in Kraft getreten ist, wurde in der QM-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 18.10.2005 erläutert. Sie finden eine verkürzte Version der QM-Richtlinie des GBA in Anhang 4, mit Hinweisen der Autorinnen, in welchem Kapitel dieses Buches praktische Ideen zur Umsetzung der Richtlinie stehen. Die Richtlinie steht vollständig unter: www.g-ba.de/informationen/richtlinien/18/.

Wichtige Eckdaten der Richtlinie sind

Keine Festlegung auf ein bestimmtes QM-System

Keine Verpflichtung zur Praxis-Zertifizierung

Keine Verpflichtung, Schulungen zum Thema zu besuchen

Die Praxen müssen QM spätestens ab 1.1.2008 umsetzen.

Die Überprüfung der Umsetzung der Richtlinie obliegt der KV.

Die wichtigsten Anforderungen an das Qualitätsmanagement einer Praxis sind in der QM-Richtlinie wie folgt beschrieben:

Patientenversorgung

- Ausrichtung der Versorgung an medizinischen Standards und Leitlinien
- Patientensicherheit, Patientenmitwirkung, Patienteninformation und Beratung
- Strukturierung von Behandlungsabläufen
- Notfallmanagement

Praxisführung/Mitarbeiter/Organisation

- Regelung von Verantwortlichkeiten
- Mitarbeiterorientierung (z. B. Arbeitsschutz, Fort- und Weiterbildung)
- Praxismanagement (z. B. Terminplanung, Datenschutz, Hygiene)
- Gestaltung von Kommunikationsprozessen (intern/extern) und Informationsmanagement
- Integration bestehender QS-Maßnahmen ins QM-System

Folgende Instrumente sind dabei zu nutzen

- Festlegung von konkreten Qualitätszielen für die Praxis und nachweisbare Überprüfung derselben sowie Dokumentation
- regelmäßige strukturierte Teambesprechungen

- Prozessbeschreibungen
- Dokumentation von Behandlungsverläufen und Beratungen
- Patientenbefragungen, wenn möglich mit validen Fragebögen
- Beschwerdemanagement und Fehlermanagement
- Erkennen und Nutzen von Fehlern und Beinahefehlern zur Einleitung von Verbesserungsprozessen
- Organigramm

Somit bildet die QM-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesauschusses drei relevante Trends in der vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Versorgung ab:

- die Ausrichtung der ambulanten Versorgung an Leitlinien und evidenzbasierter Medizin
- das Postulat, den Patienten als mündigen Partner zu behandeln
- die offensive Thematisierung von Patientensicherheit/Fehlermanagement in der Arztpraxis

2010 werden die Umsetzung und der Nutzen praxisinternen QMs durch den GBA evaluiert. Nach 2010 erfolgt eine Entscheidung, ob die Richtlinie gewinnbringend umgesetzt wurde und in welcher Form Praxen, die kein QM umgesetzt haben, sanktioniert werden sollen. Die von der Gesundheitspolitik und von der Gesetzgebung gewollte Verpflichtung zum einrichtungsinternen QM bedeutet, dass die hohe Qualität der medizinischen Versorgung auch im ambulanten Bereich nicht mehr dem Zufall oder dem individuellen Bestreben der Praxisinhaber überlassen wird, sondern dass verbindlich festgelegt wird, auf welchen Ebenen und mit welchen Werkzeugen die Qualität eines so komplexen „Produktes“ wie die ambulante medizinische/psychotherapeutische Patientenversorgung organisiert werden soll. Diese Vorgabe bedeutet nicht, dass eine qualitativ hochwertige Versorgung bisher nicht existiert hat oder dass Praxen bisher keine wirksamen QM-Instrumente eingesetzt hätten. Vielmehr trägt die Richtlinie der Komplexität eines praxisinternen Qualitätsmanagement Rechnung und beschreibt sowohl die Inhalte, als auch die Instrumente, damit QM von allen Praxen *systematisch* und *umfassend* bearbeitet umgesetzt werden kann.

Aus den oben genannten Anforderungen an das Qualitätsmanagement einer Praxis geht hervor, dass medizinisches Qualitätsmanagement immer auf der Grundlage bestehender Gesetze, Rechtsnormen und Verordnungen, deren Anwendung in der vertragsärztlichen Versorgung schon lange verpflichtend ist, beruht. Und natürlich dient das Qualitätsmanagement einer medizinischen Organisation nicht zuletzt der effektiven Umsetzung sämtlicher geltender rechtlicher Normen und somit der Absicherung der Organisation in Hinblick auf haftungsrechtliche und strafrechtliche Auseinandersetzungen (sowohl mit Patienten und Angehörigen als auch mit Mitarbeitern und Auszubildenden).

„Unter den Stichworten „Verrechtlichung der Medizin“, „Forensisches Risiko“ und „Defensive Medizin“ lässt sich ein fortwirkender, für alle Beteiligten äußerst unguter circulus vitiosus darstellen. Diesen gilt es zu durchbrechen, was im Wesentlichen nur vermittels der Gewährleistung durchgängig möglichst positiver Ergebnisqualität auf der Grundlage adäquater Struktur- und Prozessqualität gelingen kann.“ (Bock 2009 S. 4)

Als einen ersten Schritt in Richtung Risikomanagement sollten Praxisinhaber prüfen, ob folgende Gesetze in der Praxis vorliegen, bekannt sind und umgesetzt werden (s. Tab. 2):

Tab. 2 Gesetze in der Praxis

Aushangpflichtige Gesetze und Verordnungen:	Aushang- und unterweisungspflichtige Gesetze und Verordnungen:
Jugendarbeitschutzgesetz	Arbeitsschutzgesetz
Jugendarbeitschutzuntersuchung	Gefahrengutbeauftragtenverordnung
Mutterschutz	Unfallverhütungsvorschriften
Gesetzliche Unfallversicherung SGB VI	Biostoffverordnung
Arzthaftung	Brandschutz
Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz	Datenschutz
Arbeitszeitgesetz	Erste Hilfe
Arbeitsgerichtgesetz	Gefahrenstoffe
	Heben und Tragen
	Leitern und Tritte
	Medizinproduktebetreiberverordnung
	Personenschutzanzügeverordnung
	Betriebsstättenverordnung

Darüber hinaus sollte jede Praxis prüfen, welche fachgruppenspezifischen Gesetze und Verordnungen für ihren Bereich aushangs- und unterweisungspflichtig sind und in welcher Form diese umgesetzt werden müssen (zum Beispiel Biostoffverordnung, Transfusionsgesetz, Gefahrenstoffverordnung, Strahlenschutzgesetz, etc.) (s. Tab. 3).

Tab. 3 Checkliste zur Umsetzung von Gesetzen

Normen und Gesetze: Checkliste für Praxen	✓
Welche Gesetze, Verordnungen und Normen sind für unsere Praxis relevant?	
Wie organisieren wir die Unterweisungspflicht?	
Wie organisieren wir die Aushangpflicht? Möglich wäre ein Ordner, auch in digitaler Form, zu dem das Praxispersonal Zugang hat.	
Wer ist für die Einhaltung und Aktualisierung zuständig?	

Literatur

Berg D, Ulsenheimer K (Hrsg.): Patientensicherheit, Arzthaftung, Praxis- und Krankenhausorganisation. Berlin: Springer 2006

Bock R-W: Recht für Krankenhaus und Arztpraxis. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 2009

Holzer E, Thomeczek C, Hauke E, Conen D, Hochreutener MA: Patientensicherheit. Leitfaden für den Umgang mit Risiken im Gesundheitswesen. Wien: Facultas 2005

Plank J, Hein T (Hrsg.): Rechtssichere Erfüllung der gesetzlichen Qualitäts- und Sicherheitsvorschriften im Gesundheitswesen. Merching: Forum 2006

Rieger HJ (Hrsg.): Lexikon des Arztrechts. Heidelberg: Springer 2003

Sens B: Risiko- und Qualitätsmanagement – ein Widerspruch? Gesundh.ökon Qual.manag 2004; 9: 291–92

Links

www.g-ba.de
www.kbv.de/themen/6102.html
www.bgw-online.de
www.kbv.de/qep/11625.html
www.kvb.de/servlet/PB/show/1116432/QM-Richtlinienbroschuere_4_2008.pdf

4 Welche QM-Systeme gibt es in der ambulanten medizinischen und psychotherapeutischen Versorgung?

Julia Bellabarba

Das kontinuierliche Bestreben, Prozesse in einer Organisation zu verbessern, ist in erster Linie Ausdruck einer Haltung, die Wertschätzung und Respekt (gegenüber allen Mitarbeitern der Organisation selbst und gegenüber deren Kunden) ausdrückt. Die QM-Richtlinie des GBA stellt den Praxen frei, ob sie ein vorliegendes QM-System benutzen wollen oder die Umsetzung der Richtlinie anhand eines eigenständigen QM-Systems durchführen wollen, gewissermaßen mit einem „selbstgebastelten System".

Wozu gibt es QM-Systeme? QM-Systeme strukturieren die QM-Arbeit und können sie dadurch erleichtern. Diese Systeme sind so aufgebaut, dass alle wesentlichen Ebenen der Qualität bearbeitet werden, und zwar unabhängig von der inhaltlichen Ausrichtung der Organisation.

Eine Übersicht der QM-Systeme, die sinnvollerweise in einer Praxis eingesetzt werden können, befindet sich in Anhang 3. Außerdem finden Sie eine detaillierte Gegenüberstellung der gängigen Praxis QM-Systeme unter: www.kbv.de/qep/11622.html.

Wenn eine Praxis, aus welchen Gründen auch immer, eine Zertifizierung anstrebt (wie in Kap. I.6 beschrieben), dann sollte sie sich für ein QM-System entscheiden, da eine Zertifizierung immer auf ein bestimmtes QM-System bezogen durchgeführt wird (Nota bene: man kann jedes, auch ein „selbstgebasteltes" QM-System auf ein zertifizierungsfähiges QM-System umschreiben, hat dann aber mehr Aufwand). Von zentraler Bedeutung bei der Bewer-

tung jedes QM-Systems für ambulante medizinische Einrichtungen sollte die Frage sein, ob das System vollständig mit der eingangs erwähnten GBA-Richtlinie übereinstimmt. Das bedeutet: sämtliche durch die GBA-Richtlinie formulierten Anforderungen müssen durch das QM-System abgedeckt sein. Tabelle 4 kann bei der Entscheidungsfindung hilfreich sein.

Tab. 4 Checkliste Bewertung der QM-Systeme

Bewertung der QM-Systeme: Checkliste für Praxen	✓
Bietet uns das QM-System die Möglichkeit der Zertifizierung?	
Brauchen wir kooperationsbedingt dasselbe QM-System, das die Klinik hat, mit der wir vertraglich verbunden sind?	
Streben wir Kooperationsverträge an (integrierte Versorgung, MVZ, Netzwerkstruktur) und ergibt sich daraus die Notwendigkeit der Abstimmung mit den anderen Leistungserbringern? Ist es für uns günstig, dasselbe QM-System wie der Kooperationspartner zu haben?	
Wollen wir ein QM-System, das für unsere Fachgruppe relevante Muster bereithält? Die Notwendigkeit von fachgruppenspezifischen Mustern wird unserer Einschätzung nach überbewertet, da Ärzte und Psychotherapeuten die Prozesshaftigkeit sämtlicher Leistungen ihrer Praxis falsch einschätzen.	
Wollen wir ein QM-System, das genau das erfasst, was den Praxen durch die GBA-Richtlinie abverlangt wird (so viel wie nötig, so wenig wie möglich)?	
Sind uns finanzielle Aspekte am wichtigsten? Welches QM-System ist am preisgünstigsten (Arbeitsaufwand durch Praxisleitung und Mitarbeiterinnen inbegriffen)?	
Können wir möglicherweise auf eine formalisierte QM-Systematik verzichten und die Anforderungen der GBA-Richtlinie in eigener Fassung umsetzen?	

Alle in Anhang 3 aufgeführten QM-Systeme lassen sich auch auf (ärztliche und psychologische) psychotherapeutische Praxen anwenden. In Deutschland gibt es eine kleine Zahl von Psychotherapeuten, auch tiefenpsychologisch und psychoanalytisch ausgerichtet, die DIN EN ISO, QEP® und KTQ erfolgreich und mit Gewinn in ihren Einzelpraxen umgesetzt haben und deren Praxen auch zertifiziert wurden. Die Deutsche Psychotherapeutenvereinigung hat in Kooperation mit der KBV eine lizenzierte Version von QEP® für psychologische Psychotherapeuten entwickelt, ebenso die Vereinigung der Analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (leider vergriffen). Die übrigen QM-Systeme für Psychotherapeuten bleiben im Umfang (Berücksichtigung sämtlicher psychotherapierelevanter Aspekte auf den drei Qualitätsebenen) und in der Zielsetzung (Richtlinienkonformität und Zertifizierungsfähigkeit) hinter den oben genannten Systemen zurück.

Die KBV und die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege haben in einem Kooperationsprojekt QEP-Qualitätsziele durch Arbeitsschutzziele ergänzt und eine Praxis ist bereits nach diesem erweiterten System zertifiziert worden. Sich der Thematik Arbeitsschutz und Arbeitssicherheit im Rahmen des praxisinternen Qualitätsmanagement besonders ausführlich zu widmen, macht vor allem für die medizinischen Organisatio-

nen Sinn, die viele Mitarbeiter und Auszubildende haben, ein hohes Potenzial an Gefährdung aufweisen und bisher wenig in diesem hochbrisanten Bereich geregelt haben.

In Anbetracht der Unübersichtlichkeit, die in den letzten Jahren auf dem Markt der QM-Systeme entstanden ist, wäre es wünschenswert, wenn die Qualität der Systeme selbst überprüft und zertifiziert würde, besonders in Hinblick auf die Vorgaben der Richtlinie. Ein systemübergreifendes Praxissiegel würde sowohl für die Kostenträger als auch für die Patienten Transparenz schaffen.

Links

www.q-m-a.de/6qmsysteme/3ktq/view
www.qualitaetspraxen.de
www.praxisassessment.de
www.q-m-a.de/6qmsysteme
www.q-m-a.de/7sonstigeinfos/checklisten/pdf/checkqma.pdf
www.kbv.de/qm
www.2din.de
www.efqm.org
www.deutsche-efqm.org
www.ktq.de
www.europaeisches-praxisassessment.de
www.kbv.de/themen/qualitaetsmanagement.html
www.deutschepsychotherapeutenvereinigung.de

5 Was ist ein QM-Handbuch?

Julia Bellabarba

Die Erstellung eines QM Handbuchs ist sinnvoll, unabhängig von der Systematik, die genutzt wird.

- *Was bringt das QM Handbuch?* Es stellt Transparenz und Verbindlichkeit nach außen und nach innen dar.
- *Was wird dokumentiert?* Die wichtigsten Unternehmensziele, Standards, Prozessabläufe, Arbeitsanweisungen, Dokumente, Strukturen, Verantwortlichkeiten der Praxis.
- *Transparenz nach außen: für wen?* Kostenträger, Gericht, KV, Kooperationspartner, Patienten
- *Transparenz nach innen: für wen?* Alle (insbesondere neue) Mitarbeiter/-innen
- *Transparenz nach innen in der Psychotherapiepraxis: für wen?* Psychotherapeuten sind auch nur Menschen. Insofern dienen in der psychotherapeutischen Einzelpraxis entsprechende Ablaufbeschreibungen und Dokumente, insbesondere Checklisten, die kontinuierlich weiterentwickelt werden, der eigenen Sicherheit und Verbesserung (*„Ich reflektiere, was ich tue, und prüfe, ob das, was ich tue, wirksam ist“*).

Handbücher enthalten also die Dokumentation gelebten Qualitätsmanagements und schaffen Verbindlichkeit.

Die eingangs erwähnte Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses fordert eine schriftliche Dokumentation, also das Führen und Aktualisieren eines QM Handbuchs, explizit. Eine Praxis muss also, um den formalrechtlichen Vorgaben gerecht zu werden, ein QM-Handbuch anlegen, egal nach welcher Systematik, egal ob in Papierform oder digital. Darüber hinaus gibt das Handbuch möglichen Vertragspartnern oder externen Visitoren im Rahmen

einer Zertifizierung die Möglichkeit, sich über die Qualität der Leistungen einer Praxis zu informieren. Die QM-Kommissionen der KV prüfen jährlich 2,5 % der Praxen stichprobenartig auf Konformität mit der Richtlinie („Aufforderung zum schriftlichen Nachweis"). Diese Prüfung wird in Form einer Selbsteinschätzung erfolgen, QM-Handbücher werden in diesem Zusammenhang vorerst nicht abverlangt.

Ein Handbuch ist nicht mehr und nicht weniger als beschriebenes Papier: Gelebtes Qualitätsmanagement ersetzt es nicht. Anders ausgedrückt: Qualitätsmanagement ist das, was man macht, *das Handbuch ist das, was im Schrank steht. Der Wert eines Handbuchs ist umso größer, desto ökonomischer bei der Dokumentation vorgegangen wird: so wenig wie möglich, so viel wie nötig, ist auch hier die Devise.*

6 Was bedeutet die Praxiszertifizierung?

Julia Bellabarba

„Unter Zertifizierung versteht man ein Verfahren, in dem ein (unparteiischer) Dritter schriftlich bestätigt, dass ein Produkt, Prozess oder Dienstleistung mit festgelegten Anforderungen konform ist." (aus: DIN EN ISO 45020:1998-07)

Eine Zertifizierung der niedergelassenen Vertragsärzte und -psychotherapeuten erfolgt derzeit freiwillig. Jeder Praxisinhaber kann selbst entscheiden, ob er eine Zertifizierung seines QM-Systems anstreben möchte. Die Zertifizierung erfolgt durch unabhängige, akkreditierte Partner des jeweiligen QM-Systems, das in der Praxis Anwendung findet. D. h. eine Zertifizierung ist nur möglich, wenn die Praxis ein zertifizierungsfähiges QM-System umgesetzt hat. Die Zertifizierungsgesellschaften sind eigenständige Gesellschaften, die sich für die Zertifizierung eines Systems qualifiziert haben, sie sind jedoch weder mit den Kostenträgern noch mit den Ärztevertretungen oder ähnlichen Organisationen verwoben.

Es liegen keine Zahlen für alle QM-Systeme vor, QEP® hat jedoch einen gewissen *run* zu verzeichnen: Es haben sich 187 Praxen nach diesem System zertifizieren lassen (Stand 05/09). 2007 führten die Kassenärztlichen Vereinigungen eine repräsentativen Umfrage durch: 1.757 Niedergelassene aus einer Zufallsstichprobe machten freiwillig Angaben zur Zusatzfrage, welches QM-System sie in ihrer Praxis umgesetzt haben. Der Umfrage zufolge ist QEP® das am häufigsten verwendete QM-System in Praxen (36 %). ISO 9001 ist mit 27,9 % am zweithäufigsten vertreten, KPQM wurde von 3,1 % der Ärzte angegeben (Pressemitteilung der KBV 10.10.2008).

Die Praxis, die sich nicht zertifizieren lassen möchte, kann die Vorgaben der QM-Richtlinie des GBAs umsetzen und somit den gesetzlichen Anforderungen entsprechen, ohne auf eines der genannten Systeme zurückzugreifen

und ohne sich zertifizieren zu lassen. Soweit die Rechtslage. Für einige Fachgruppen liegen allerdings schon jetzt Verpflichtungen zur Zertifizierung im Rahmen bestimmter Verträge mit Kostenträgern vor (beispielsweise im Rahmen des VdEK Vertrags mit den Hausärzten in Hessen). Wie bereits in Kapitel I.3 erwähnt, ist diese Tendenz problematisch, da es keine Transparenz über den Markt der Zertifizierungen gibt und keine neutrale Akkreditierungsstelle, die über die Güte der Zertifikate befindet. Darüber hinaus ist (irgend-)ein QM Zertifikat nicht unbedingt ein valider Indikator für die Güte einer Praxis.

Die Zertifizierung einer Praxis bildet nicht den Abschluss kontinuierlicher Prozessoptimierung, sondern sollte für die Praxis die Bedeutung eines Meilensteins haben. Das (tägliche) systematische Streben, Qualität zu halten und zu verbessern, und Qualitätsmanagement als rekursiven fortwährenden Prozess zu begreifen, kann durch eine externe Prüfung dokumentiert werden, drückt sich jedoch in erster Linie durch die (Selbst-)Verpflichtung zur Selbstbewertung aus.

Es lohnt sich, im Team oder mit Kollegen über Sinn und Unsinn eines Zertifikats zu diskutieren, da an das Zertifikat in der Regel bestimmte strategische Entscheidungen gebunden sind (beispielsweise Verträgen zur Integrierten Versorgung beizutreten) und in einer solchen Diskussion Qualitätsziele der Praxis explizit gemeinsam formuliert werden können.

Aufgabe 4 für anwendungsfreudige Leser

Besprechen Sie mit Ihren Mitarbeiterinnen oder mit Ihren Kollegen, welche Vor- und Nachteile eine Zertifizierung für Ihre Organisation bringen würde, und ergänzen oder verändern Sie die hier aufgeführte Pro- und Contra-Liste (s. Tab. 5).

Tab. 5 Pro und Contra Zertifizierung

Pro	Contra
Die Zertifizierung: ▪ veranlasst zu einer gründlichen Überarbeitung und Verbesserung aller relevanten Prozesse. ▪ ergänzt die Selbstbewertung und vermittelt Aufschluss über Schwachstellen. ▪ verstärkt den Teamgeist. ▪ macht stolz. ▪ kann Patientenwahrnehmung positiv beeinflussen. ▪ bietet Sicherheit in Haftungsfragen. ▪ kann strategisch sinnvoll sein. ▪ kann Konkurrenzvorteile haben. ▪ kann langfristig Vergütungsvorteile bewirken.	Die Zertifizierung: ▪ kostet Geld. ▪ kostet Zeit. ▪ kostet Nerven. ▪ kann zu Bürokratisierung beitragen. ▪ kann Konflikte im Team verschärfen. ▪ nützt nichts, wenn sie nur „Pro-Forma“ erfolgt. ▪ kann dazu beitragen, dass sich Praxen an Formalismen „aufhängen“. ▪ kann man einfach aus prinzipiellen Gründen ablehnen *(„In meiner Praxis hat kein Auditor etwas zu suchen!“).*

Pro	Contra
■ kann der Vermeidung von Sanktionen dienen (§ 9 GBA- Richtlinie). ■ bietet Verhandlungsvorteile gegenüber Kreditinstituten (BASEL) und Versicherungen.	

Wenn ein Team oder eine Organisation eine Praxiszertifizierung in Erwägung ziehen, ist die folgende Checkliste (s. Tab. 6) hilfreich:

Tab. 6 Checkliste für Praxen, die eine Zertifizierung planen

Zertifizierung: Checkliste für Praxen	✓
Bietet das QM-System, das wir haben, die Möglichkeit zur Zertifizierung?	
Welche Ziele wollen wir durch eine Zertifizierung erreichen?	
Welche Strategie verfolgen wir damit in Hinblick auf Kooperationspartner und Kostenträger?	
Gibt es zu diesem Thema Konsens im Team und in der Praxisleitung?	
Wieviel Zeit und Geld wollen/können wir für die Zertifizierung einplanen?	
Welchen zeitlichen Rahmen wollen wir uns für das Projekt QM-Zertifizierung setzen? Wer ist für die Einhaltung des zeitlichen Rahmens zuständig?	
Planen wir externe Moderation/Beratung ein?	

Häufig verwendete Begriffe im Zusammenhang mit einer QM-Zertifizierung:

- Akkreditierung: offizielle Anerkennung und Lizenz einer Zertifizierungsgesellschaft, ein QM-System zertifizieren zu dürfen.
- Audit = Visitation = Assessment: die eigentliche Begutachtung (Begehung) der Praxis durch einen Visitor (= Auditor) vor Ort.
- Fremd- und Selbstbewertung: die regelmäßige Selbstbewertung der Praxis ist in der GBA-Richtlinie vorgesehen, Fremdbewertungen erfolgen i. d. R. im Rahmen einer Zertifizierung.
- Zertifizierungsgesellschaft: unabhängige, unparteiische Organisation, die über die Kompetenz und Lizenz verfügt, die Umsetzung eines QM-Systems in einer Organisation zu überprüfen.
- Zertifizierung: erfolgt in der Regel durch Prüfung des QM-Handbuchs, durch Begehung (Audit) und durch Befragung der Leitung und der Mitarbeiter. Das (externe) Zertifizierungsaudit wird durch eine neutrale Zertifizierungsgesellschaft durchgeführt.
  „Dabei auditiert die neutrale Zertifizierungsstelle das Qualitätsmanagementsystem eines Unternehmens auf dessen Auftrag und vergibt bei Erfüllung der Anforderungen (...) ein Zertifikat. (...) Die formale Kompetenz, Unabhängigkeit und Integrität der Zertifizierungsstellen leitet sich aus deren Akkreditierung bei einer übergeordneten Trägergemeinschaft für Akkreditierung ab“ (Kamiske u. Brauer 1999)

Literatur

Bellabarba J: Von der Philosophie über die Strategie zur Methode: Systematisches umfassendes Qualitätsmanagement in einer Arztpraxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. Forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie 2007; 2: 7–24

Birkner B: Zertifizierung einer gastroenterologischen Gemeinschaftspraxis nach DIN ISO EN 9001 – vernetzt mit den Leitlinien einer wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaft. ZaeFQ 2000; 94: 639–643

Kamiske G, Brauer JP: Qualitätsmanagement von A-Z. 6. Aufl. München: Hanser Verlag 2007

Links

www.benchmarking-qm.de

www.kbv.de/themen/9042.html

Glossar auch unter: www.kvb.de/servlet/PB/show/1116432/QM-Richtlinienbroschuere_4_2008.pdf

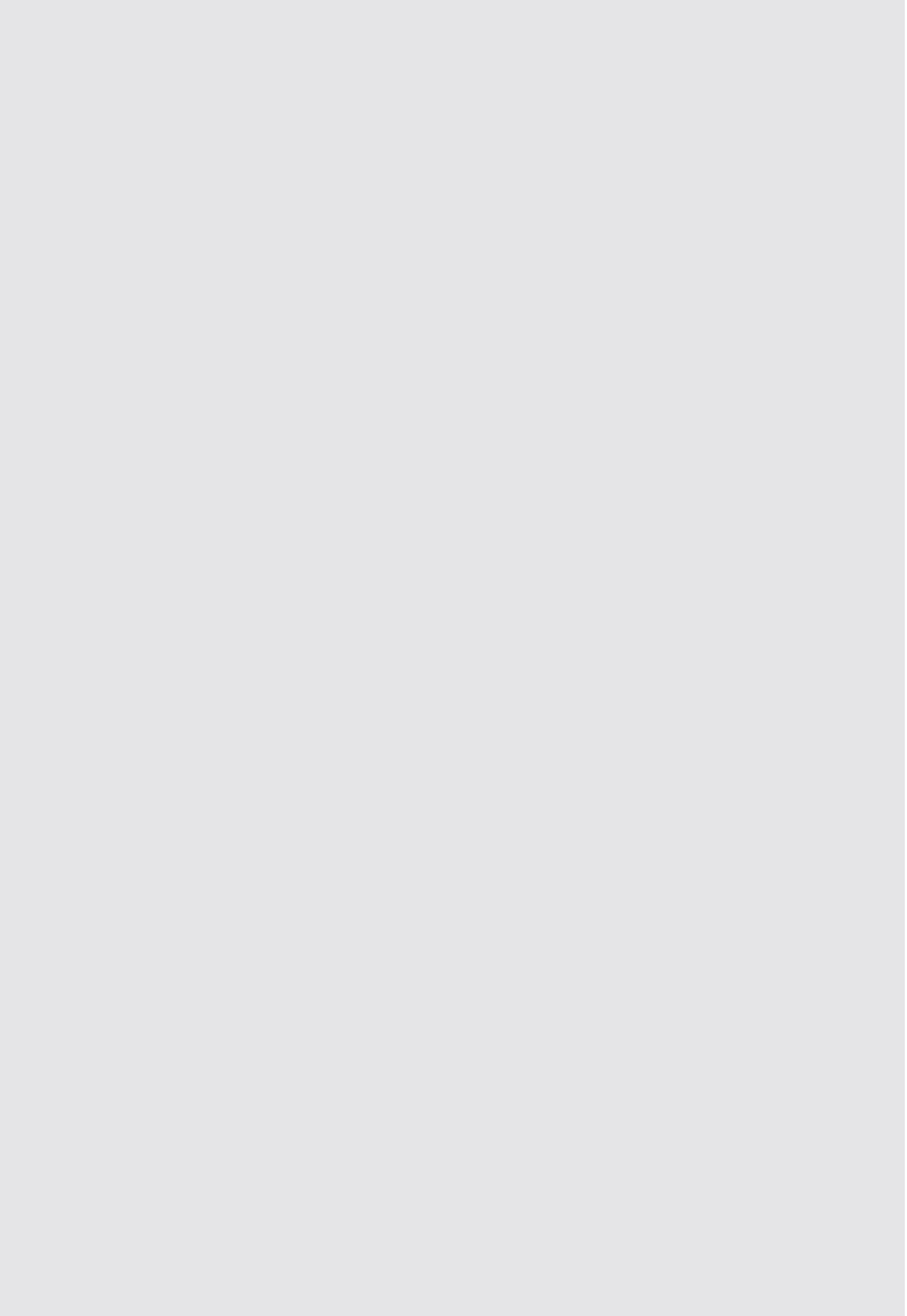
7 Zusammenfassung der wichtigsten Informationen aus Teil I „Grundlagen“

In Teil I „Grundlagen“ wurde eine möglichst praxisnahe Erläuterung des Qualitätskonstrukts in der ambulanten medizinischen und psychotherapeutischen Patientenversorgung vorgenommen, sowie aktuelle Vorgaben zum systematischen Qualitätsmanagement vorgestellt:

- Gute Qualität in der ambulanten Patientenversorgung ist ein komplexes Konstrukt, das auf der Grundlage von Anbieter-, Nutzern und Kostenträgeranforderungen entsteht und bewertet wird.
- Jede Praxis muss selbst definieren, wie sie ihre Versorgungsqualität definiert.
- Es besteht für alle ärztlichen, psychotherapeutischen und kinderpsychotherapeutischen Praxen und MVZ, die im Rahmen der GKV Leistungen erbringen und abrechnen, die Verpflichtung zum praxisinternen Qualitätsmanagement, dargelegt in der QM-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses.
- Eine Zertifizierung ist nicht vorgeschrieben.
- Organisationen, die ihre Verbesserungsprozesse kontinuierlich reflektieren und steuern, also Qualitätsmanagement systematisch umsetzen, entwickeln ein hohes Maß an Zufriedenheit der Mitarbeiter und Patienten, Sicherheit und Wettbewerbsfähigkeit. Diese Vorteile gehen weit über das hinaus, was eine Organisation erzielt, wenn die formalrechtlichen Vorgaben mehr oder weniger widerwillig „abgearbeitet“ werden.

II

Einführung von Qualitätsmanagement



1 Einführung von Qualitätsmanagement in Praxen

Julia Bellabarba

Jetzt starten! Aber wie? Die typische Arztpraxis steht vor der Planung der ersten QM-Maßnahmen etwas ratlos dar. Ungewissheit (Was bringt das überhaupt?), Unklarheit (Müssen wir uns zertifizieren lassen?) und eine gewisse Abneigung gegen „noch mehr Bürokratie“ motivieren weder Praxisleitung noch Mitarbeiter. Also: wie starten? Wir schlagen Ihnen drei Einstiegswege vor, die dem gesamten Praxisteam die Möglichkeit geben, bei der Umsetzung der ersten Schritte Erfolgserlebnisse zu erzielen.

1.1 Selbstbewertung: Soll-Ist-Vergleich

Der Einstieg erfolgt über eine Bestandsaufnahme, angelehnt an die QM-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses. Die Praxisleitung verschafft sich einen Überblick:

- durch Lektüre dieses Buches
- durch den Besuch eines QM-Einführungsseminars oder Teilnahme an einem QM-Qualitätszirkel (möglichst mit einer Mitarbeiterin)
- Im Rahmen einer Besprechung wird das gesamte Team über die geplante Einführung von QM-informiert.

Die Praxisleitung (und ggf. die Mitarbeiterin, die bereits Informationen hat) stellen dar, welche Vorteile das Projekt haben wird und besprechen Vorbehalte und Fragen des Teams: was haben wir davon? Was wollen wir vermeiden? Was befürchten wir?

- Die Praxisleitung entscheidet, ob eines der gängigen QM-Systeme für Praxen genutzt werden soll (Darstellung in Kap. I.4 und in Anhang 3) oder ob zunächst die Umsetzung der QM-Richtlinie des GBA geplant ist. Dabei sollten Überlegungen zu pro und contra Zertifizierung einbezogen werden (vgl. Kap. I.6).
- Benennung einer Hauptverantwortlichen (Qualitätsmanagementbeauftragten) im Team
- Für das Projekt QM-Einführung müssen regelmäßige Teambesprechungen stattfinden (wie in Kap. V.4 beschrieben). Um die Stringenz des Projekts zu gewährleisten, sollte ein Zeitrahmen von sechs bis zwölf Monaten vorgesehen sein.

Bestandsaufnahme: eine Soll-Ist-Analyse wird durchgeführt: Was ist vorhanden? Was fehlt?

- Sichtung der Anforderungen des gewählten QM-Systems oder der GBA-Richtlinie. Bei dieser Bestandsaufnahme ist der Selbstbewertungsbogen für Praxen der KBV sehr hilfreich. Er lässt sich über den unten angeführten Link herunterladen.

Aus der ersten Sichtung ergeben sich konkrete Aufträge: Wer macht was bis wann?

- Das, was fehlt soll geregelt werden: Aufträge an die Qualitätsmanagementbeauftragte, ggf. an andere Mitarbeiterinnen und an die Praxisleitung werden erstellt und eine Liste der Aufträge wird verteilt.

Den Selbstbewertungsbogen für Praxen der KBV finden Sie unter: http://www.kbv.de/qep/11470.html.

1.2 Definition interner und externer Anspruchsgruppen und Praxisleitbild

Die Definition interner und externer Anspruchsgruppen und ihrer Erwartungen erfordert (je nach Anzahl der Praxismitarbeiter) einen halben bis einen Tag Zeit; das gesamte Team sollte dabei sein. Zunächst werden folgende Fragen gestellt: Wer sind unsere externen Anspruchsgruppen? Wer hat Interesse an der Qualität unserer Arbeit?

Wenn fest steht, welche Anspruchsgruppen die Praxis „bedient", wird systematisch aufgezählt, welche Erwartungen seitens dieser Gruppen bestehen (s. Kap. I.1). Widersprüche in den Erwartungen werden thematisiert, unterschiedliche Erwartungen an die Mitarbeiter ebenfalls.

Als nächstes wird die Frage geklärt: Welche Erwartungen in Hinblick auf die Qualität der Arbeit jedes Einzelnen haben wir aneinander? Um die Ergebnisse besser diskutieren zu können, ist es hilfreich eine große Matrix anzufertigen (s. Tab. 7).

Tab. 7 Erwartungsmatrix

Welche Erwartungen habe ich an:	Praxisleitung Frau A	Anmeldung Frau U	Anmeldung Frau P	MTA Frau V
Praxisleitung A				
Anmeldung U				
Anmeldung P				
MTA V				

Die Formulierung der Antworten kann direkt abgefragt werden oder in kleinen Gruppen vorformuliert werden. Es werden sich natürlich Doppelungen ergeben, doch wenn jeder jedem gegenüber seine persönlichen Erwartungen hinsichtlich der Qualität der Arbeit formuliert hat, ergibt sich ein komplexes Beziehungsgeflecht, aus dem hervorgeht, dass alle verantwortlich für das Gesamtergebnis sind und dass alle „Kunden" des anderen sind. Allen wird deutlich, dass die originären Wertschöpfungsprozesse der Praxis durch komplexe Unterstützungs- und Managementprozesse ergänzt werden. Anschließend wird im Team eine Diskussion über die Bedeutung dieser Erwartungen geführt und es sollte überlegt werden, mit welcher Wertigkeit diese Ansprüche behaftet sind. Es ist wichtig für das Team und die Praxisleitung, zu entscheiden, welche Erwartungen mit oberster Priorität bedacht werden. Danach kann ganz konkret geplant werden: Welche Bereiche in der internen und externen Kooperation wollen wir verbessern? Was soll wer bis wann machen?



Von der Definition der Anspruchsgruppen zur Formulierung des Praxisleitbilds

Ein Leitbild entsteht, indem die strategischen Zielvorstellungen einer Organisation formuliert werden. Wozu braucht eine Praxis ein Leitbild? „Das Leitbild beschreibt Daseinszweck, Wertesystem und strategische Ausrichtung des Unternehmens sowie die Art und Weise der Verwirklichung dieser Aspekte" (Wölker 2007). *Ein Leitbild zu haben weist per se noch keinen Nutzen auf. Es ist vielmehr der Auseinandersetzungsprozess im Team, der zu Verbindlichkeiten im Hinblick auf Ziele und Arbeitsweise der Praxis führen. In dieser Auseinandersetzung sollten sowohl allgemeingültige „Gebote" als auch gesundheitspolitische Vorgaben berücksichtigt werden. Leitbilder, die pro forma aufgeschrieben (oder abgeschrieben) werden, haben wenig Substanz und wenig Handlungsrelevanz für die Führung und die Mitarbeiter.*

Das Leitbild kann für das Team einer Arztpraxis folgende Funktionen haben:

- Mitarbeiterorientierung: das gesamte Team trägt die Verantwortung für die Formulierung

- Gemeinsame Ausrichtung: der Prozess der Verständigung auf gemeinsame Ziele und Werte trägt zur Teamentwicklung bei
- Transparenz bei Definition von Zielen: die Überprüfbarkeit gemeinsam formulierter Ziele schafft Verbindlichkeit
- Marketingaspekte: den Patienten verdeutlicht das Leitbild die besonderen Qualitäten der Praxis
- Haftung (Organisationsverschulden): die Praxis dokumentiert durch das Leitbild, Qualitätsziele systematisch zu verfolgen

Das Leitbild der Praxis lässt sich besser formulieren, wenn das Team nicht aus der Abstraktion eines Postulats heraus an die Thematik herangeht, denn dann werden häufig „Allgemeinplätze" formuliert (*„Im Mittelpunkt unserer Tätigkeit steht der Mensch"*). Durch die vorangegangene Reflexion der „Kundenwünsche" und der Analyse der Erwartungen der externen und internen Anspruchsgruppen, wie in diesem Kapitel beschrieben, lassen sich ganz konkrete „Leitsätze" formulieren. Die Aufgabe des Teams und der Praxisleitung sehen dann so aus:

- Reflektieren Sie gemeinsam, welche Anforderungen und Wünsche Ihrer internen und externen Kunden für Sie Priorität haben.
- Beschreiben Sie diese Prioritäten und entwickeln Sie daraus verbindliche Ziele.
- Formulieren Sie diese Wünsche und Ziele als Leitbild, nehmen Sie sich dabei Zeit für Diskussionen und Veränderungen.
- Überprüfen Sie in regelmäßigen Abständen, ob das Leitbild für Ihre Praxis noch aktuell ist.

1.3 Patienten- und Zuweiserbefragung

Patientenbefragung

Die strukturierte Einbeziehung der Patientenerfahrung ist gesundheitspolitisch gewollt und gesetzlich vorgegeben. Es ist klar, dass sich jedes System nur durch Rückmeldung von Außen entwickelt. Die Patientenbefragung gibt der Praxis Bestätigung und Hinweise, wie die Patienten ihre Leistungen bewerten. Diese Rückmeldung kann hilfreich und sinnvoll sein. Allerdings kann man berechtigterweise fragen, wie relevant diese Information wirklich ist. Patientenbefragungen locken in der Regel positive Rückmeldungen hervor, d. h. die Antworten fallen fast immer zugunsten der Praxis aus (Pfaff spricht hier von der „Applausfalle"), konkrete Verbesserungsideen im Hinblick auf die Prozessorganisation enthalten sie meistens nicht. Ganz nüchtern sollte man beachten: Patientenzufriedenheit ist nicht zwingend gleichzusetzen mit hochwertiger Versorgungsqualität. Kritisch kann man anmerken:

> *„Es könnte sein, dass die PZ (Patientenzufriedenheit) als Qualitätsindikator fehlinterpretiert wird. Der Einsatz der Instrumente kann auch negative Auswirkungen ha-*

ben. Mit einer hohen gemessenen PZ könnte darüber hinweggetäuscht werden, dass wichtige (patientenrelevante) Outcomes der Vorsorgung nicht erreicht werden, oder auch unnötige Behandlungen durchgeführt werden. Servicequalität ist zwar wichtig, kann aber nicht zum Ersatz für die Qualität und Transparenz der medizinischen Versorgung werden." (Berger, Lenz und Mühlhauser 2008)

Die QM Richtlinie schreibt vor, dass Praxen möglichst valide Erhebungsinstrumente einsetzen. Zurzeit liegen in Deutschland vier validierte Fragebögen vor, die in der ambulanten (auch fachärztlichen) Medizin Patientenzufriedenheit erfassen: Qualiskope-A, KPF-N, ZAP, EUROPEP. Die übrigen erwähne ich nicht, da sie nur für Hausarztpraxen geeignet sind. Die gängigen QM-Systeme für Praxen sehen eine Patientenbefragung für die Zertifizierung vor, das EPA System der Bertelsmann Stiftung liefert den EUROPEP Fragebogen gleich mit. Der Deutsche Ärzteverlag liefert ein „Rundum-Sorglos-Paket" mit 100 Fragebögen (KPF-N) und einer schriftliche Auswertung (ggf. mit Vergleich zu anderen Praxen der gleichen Fachgruppe). Die Kosten liegen bei 296 €. Bei der KBV kann per Mail der ZAP inklusive Auswertungsinstrument angefordert werden. Dieses Instrument ist kostenfrei.

Praxen, die vorerst noch kein standardisiertes Verfahren einsetzen wollen, sollten bei der Planung ihres eigenen Fragebogens folgende Aspekte berücksichtigen:

- Mit welcher Fragestellung/zu welchem Zweck wollen wir eine Patientenbefragung durchführen?
- Wen wollen wir befragen?
- Welches Budget wollen wir für die Befragung und Auswertung aufwenden?
- In welchem Zeitraum wollen wir befragen?
- Wird es eine Vorher-Nachher-Befragung geben?
- Wer ist für die Auswertung und Präsentation der Ergebnisse zuständig?
- Wie können wir für Anonymität sorgen?
- Wie können wir verhindern, dass wir nur die zufriedenen Patienten (die, die bleiben) befragen?
- Wie erzielen wir eine größtmögliche Verständlichkeit unserer Fragen?

Selbsterstellte Fragebögen sollten eine Kombination aus folgenden Items enthalten:

- objektive/quantitative (z. B. Wie lange mussten Sie warten?)
- subjektive/qualitative (z. B. Wie beurteilen Sie die Sauberkeit der Praxis?)
- offene Fragen hinsichtlich Verbesserungswünschen, Kritik, Erwartungen, z. B. „Wie wichtig ist Ihnen eine ausführliche Aufklärung durch den Arzt?"
- Patientencharakteristika (Alter, Gesundheitszustand, usw.)

Weitere Möglichkeiten der (nicht standardisierten) Patientenbefragung sind:

- Abschlussgespräche, die routinemäßig Items der Zufriedenheit erfassen und dokumentieren
- schriftliche Erhebungen nur bei bestimmten Interventionen (Trainings, Medikation, Psychotherapie)
- Patientengruppen, die zu Verbesserungspotenzialen befragt werden (Fokusgruppen, s. dazu Kap. IV.1)

Rückkoppelung an die Patienten: Bei Befragungen ist generell zu berücksichtigen, dass eine Rückmeldung an die Patienten erfolgen sollte. Ein Poster im Wartezimmer beispielsweise, auf dem die Ergebnisse dargestellt werden, gegebenenfalls mit Begründungen, warum bestimmten Patientenwünschen nicht entsprochen werden kann. Aus Patientenperspektive ist die Befragung in jedem Fall lohnenswert: *„Allein die Tatsache, dass Sie sich über meine Zufriedenheit Gedanken machen, zeichnet Ihre Praxis aus“* (Aussage eines Patienten). Abschließend kann man also festhalten: allein die Tatsache, dass Sie Zufriedenheit erheben, erhöht Zufriedenheit.

Zuweiserbefragung: Ähnlich wie bei den Patienten, erleben es Zuweiser der Arztpraxis als Aufwertung, wenn sie nach ihrer Zufriedenheit befragt werden. Es ist allerdings nicht zu erwarten, dass medizinische Organisationen, zu denen ein Kooperationsverhältnis besteht, wirklich in der Lage und willens sind, ausführliche Fragebögen mit Dutzenden von Items zu beantworten, in Anhang 5 finden Sie daher einen Vorschlag für einen kurzen und unserer Einschätzung nach praktikablen Zuweiserfragebogen. Die Befragung der Zuweiser ist nur ein Teil des sog. Schnittstellenmanagements und jede Praxis muss selbst entscheiden, welche konkreten Ziele sie in diesem Zusammenhang verfolgt. Durch andere geeignete Maßnahmen können Kooperation und Kommunikation mit den ärztlichen Kollegen optimiert und Anzahl der zugewiesenen Patienten und Art der Patientenfälle auf das Praxisspektrum besser abgestimmt werden, in der Regel eher im persönlichen Gespräch, auf einer Praxisfeier oder einer Fachveranstaltung in ihrer Praxis. Sinnvoll ist es auch, wenn sich die medizinischen Fachangestellten kooperierender „befreundeter“ Praxen und Zentren austauschen, welche praktischen organisatorischen Verbesserungswünsche bestehen.

Literatur

Berger B, Lenz M, Mühlhauser I: Patient zufrieden, Arzt gut? Inwiefern ist Patientenzufriedenheit ein Indikator für die Qualität der hausärztlichen Versorgung? Eine systematische Übersichtsarbeit. Z. Evid Fortbild Qual Gesundh.wesen (ZEFQ) 2008; 01.004 1: 1–8

Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege – BGW (Hrsg.):Ratgeber Leitbildentwicklung, Bestellnummer RGM13, 2007

Bitzer EM, Dierks ML: Wie kann man Erwartungen und Zufriedenheit der Patienten im Qualitätsmanagement berücksichtigen? Erhebungsverfahren und -erfahrungen aus der ambulanten Versorgung. In: Gesundheit DBf (Hrsg.) Qualitätsmanagement in der Arztpraxis. Baden-Baden: Nomos 1999; 125–184

Diercks ML, Bitzer EM, Schwartz FW: Patientenbefragung in der Arztpraxis. Praktikabilität, Akzeptanz und Relevanz aus der Sicht von niedergelassenen Ärzten. ZaeFQ 2000; 94: 389–395



Gericke CA, Schiffhorst G, Busse R, Haussler B: Ein valides Instrument zur Messung der Patientenzufriedenheit in ambulanter haus- und fachärztlicher Behandlung: das Qualiskope-A. Gesundheitswesen 2004; 66(11): 723–31

Jacob G, Bengel J: Das Konstrukt Patientenzufriedenheit: Eine kritische Bestandsaufnahme. Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie 2000; 48: 280–301

Pfaff H et al. (Hrsg.): Der Kölner Patientenfragebogen (KPF): Entwicklung und Validierung eines Fragebogens zur Erfassung der Einbindung des Patienten als Kotherapeuten. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Sozialhygiene der Universität zu Köln 2001; 1

Pfaff H: Wie zufrieden sind Ihre Patienten mit Ihrer Praxis? Interview in MMW-Fortschr Med 2004; 47: 18–21

Wölker T: Qualitätsmanagement in der Arztpraxis. So managen Sie Qualität. 5., aktualis. Aufl. Neu-Isenburg: Ärzte-Zeitung-Verlags GmbH 2007

2 Einführung von Qualitätsmanagement in der psychotherapeutischen Praxis

Julia Bellabarba

Die Einführung von QM in der psychotherapeutischen Einzelpraxis stellt erfahrungsgemäß eine Herausforderung dar. Das Projekt QM wirkt wie ein Berg an nicht anwendbaren, teilweise unverständlichen Vorgaben, und es fällt schwer, ohne Anleitung und fachspezifische Einführung und ohne Diskussionsmöglichkeiten im Team, den Anfang zu machen. In der Regel ist es daher sinnvoll, sich mit aufgeschlossenen Kollegen zusammenzuschließen und die gewinnbringenden Aspekte einer QM Ausrichtung gemeinsam zu diskutieren und umzusetzen. Wir möchten hier, sehr pragmatisch, vier Vorgehensweisen vorschlagen, die den Einstieg in das QM für Psychotherapeuten in Einzelpraxis oder Praxisgemeinschaften erleichtern.

2.1 Die Selbstbewertung der Praxis anhand der GBA Vorgaben als Ausgangspunkt

Bei dieser Vorgehensweise wird der Selbstbewertungsbogen der KBV, der hier in modifizierter Form für Psychotherapeuten wiedergeben wird, genutzt, um festzustellen, welche Aspekte der QM-Richtlinie des GBA in der Praxis noch nicht verwirklicht wurden. Daraus ergeben sich konkrete Anhaltspunkte, welche Aspekte der eigenen Arbeit optimierbar sind. Ein realistischer Zeitplan mit fester Terminierung der einzelnen Abschnitte ist notwendig, am besten im Austausch mit Kollegen, um die Verbindlichkeit im „Ein-Personen-Team" zu erhöhen.

- Ich integriere aktuelle fachliche und wissenschaftlich anerkannte Standards in den Behandlungsalltag.
- Ich berücksichtige bei der Versorgung meiner Patienten Leitlinien.

- Ich kümmere mich um die Sicherheit der Patienten, z. B. Erläuterungen zu einer möglichen Verschlechterung der Symptomatik im Behandlungsverlauf, Risikomanagement im Umgang mit Suizidalität.
- Patienten werden beraten und können bei Entscheidungen mitwirken. *Beratungen können zu Erkrankungen, Änderung konkreter Verhaltensweisen und präventiven Themen durchgeführt werden. Psychotherapeutischer Behandlung sollte immer ein (dokumentiertes) Entscheidungsgespräch vorangehen, in dem der Patient konkret auf Alternativen hingewiesen wird (Hinweise auf andere Einrichtungen, Selbsthilfegruppen, andere mögliche Psychotherapieformen). Siehe auch Exkurs zur Therapie-Einwilligung am Ende des Abschnitts.*
- Patienten werden über präventive, diagnostische und therapeutische Maßnahmen informiert.
- In meiner Praxis werden die wichtigsten Behandlungsabläufe strukturiert. *Dies bedeutet, dass der Ablauf von wichtigen Behandlungen klar festgelegt ist. In diesen Abläufen sollten neben der psychotherapeutischen Vorgehensweise auch dazugehörige praxisorganisatorische Elemente beschrieben sein.*
- Die externe Kommunikation der Praxis ist geregelt.
- Das Informationsmanagement in der Praxis ist festgelegt. *Hierzu gehört die Weitergabe von (patientenbezogenen) Informationen außerhalb der Praxis sowie der strukturierte und regelmäßige Austausch wichtiger Informationen im Rahmen der kollegialen Intervision und mit den Patienten (wichtig dabei zu berücksichtigen: ärztl. Schweigepflicht und Bundesdatenschutzgesetz!).*
- Die Praxis kooperiert mit anderen Versorgungsbereichen und hat die Nahtstellen zu diesen beschrieben.
- Ich habe für die Praxis konkrete Qualitätsziele festgelegt.
- Ich überprüfe systematisch, ob meine Ziele erreicht wurden.
- Ich führe Patientenbefragungen in der Praxis durch.
- Der Umgang mit Beschwerden in der Praxis ist geregelt.
- In der Praxis werden Checklisten verwendet. *Checklisten können bspw. für immer wiederkehrende Arbeiten, zum Kontrollieren von Bereichen oder zur Vorbereitung von Maßnahmen eingesetzt werden.*
- In meiner Praxis habe ich festgelegt, wie ich mit Fehlern und Beinahefehlern umgehe. *Fehler oder Beinahefehler können oft bereits im Vorfeld vermieden werden. Geschehene Fehler können analysiert und genutzt werden, um Verbesserungen umzusetzen.*
- Für die Versorgung von Notfallpatienten gibt es in meiner Praxis ein festgelegtes Notfallmanagement.
- Behandlungsverläufe und Patientenberatungen werden in meiner Praxis dokumentiert.
- In meiner Praxis werden qualitätsbezogene Dokumentationen, insbesondere die Dokumentation der Qualitätsziele der Praxis und der ergriffenen Umsetzungsmaßnahmen und die Dokumentation der systematischen Überprüfung der Zielerreichung durchgeführt.



2.2 Einführung von QM auf der Grundlage eines QM-Systems

Eine detaillierte Beschreibung der vorliegenden QM-Systeme für die ambulante Patientenversorgung finden Sie in Kapitel I.4 und in Anhang 3. Die Entscheidung für ein QM-System sollte mit der Frage verbunden sein, ob die Praxis zertifiziert werden soll oder nicht. QEP® liegt in der Version der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung mit Musterdokumenten vor, die allerdings nur für psychologische Psychotherapeuten geeignet sind, da ärztliche Leistungen (wie zum Beispiel Verordnung von Medikamenten) nicht berücksichtigt werden. Die Vereinigung Analytischer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten hat ebenfalls Musterdokumente entwickelt, die der QEP® Systematik entsprechen (leider vergriffen). Im Juni 2009 soll ein eigenes QEP® Manual der KBV für Psychotherapeuten auf den Markt kommen. Weitere zertifizierbare QM-Systeme, die auch auf psychotherapeutische Praxen übertragbar sind, (aber *keine* PT-spezifischen Musterdokumente enthalten) sind KTQ, EPA, KVWL/qu.no und ISO. Der Vorteil, das eigene QM-Projekt durch ein System zu strukturieren, liegt auf der Hand: das System führt den Benutzer Schritt für Schritt durch die einzelnen Arbeits- und Organisationsbereiche, die im Rahmen der GBA-Richtlinie berücksichtigt werden müssen (und, je nach System, auch etwas darüber hinaus). Der Praxisinhaber hat also bei der Umsetzung der genannten Systeme die Gewähr, die gesetzlichen Vorgaben mit Sicherheit zu erfüllen.

2.3 Einführung von QM nach dem Lustprinzip

Um die anfängliche Motivation zu erhöhen, wäre es auch denkbar, mit konkreten QM-Projekten zu starten, die eine unmittelbare Arbeitserleichterung für den Praxisinhaber mit sich bringen. Zum Beispiel:

- regelmäßige Erfassung der Bewilligungs- bzw. Ablehnungsquote für Therapiegutachten
- Einsatz von Fragebögen zur Anamnese zur Vorbereitung auf die Gutachtenerstellung
- Verbesserung der internen Kommunikation in einer Praxisgemeinschaft
- Verbesserung der Patienteninformation (beispielsweise in Form von Flyern, Mappen, Websites)
- Vereinfachung des Briefwechsels mit Krankenkassen anhand vorgefertigter Textbausteine
- Beschleunigung des Weges zum Gutachtenbericht
- computergestützte Terminierung der Verlängerungsanträge
- Erstellung von Informationsmaterial für Patienten und Bezugspersonen
- Umstieg auf PC-Abrechnung
- Organisation einer interkollegialen Beratungsgruppe zum Thema QM

- Erstellung einer Checkliste, die dem Therapeuten die Information der Patienten im Rahmen der Probatorik erleichtern (s. Tab. 8)
- Erstellung von Checklisten, die dem Therapeuten die Information der Patienten bei Beendigung der Therapie erleichtern (s. Tab. 9)

Tab. 8 Checkliste für Psychotherapeuten: Informationen im Rahmen der Probatorik

Information der Patienten im Rahmen der Probatorik: Vorschläge für eine Checkliste für Psychotherapeuten	✓
Informationen zur Entscheidung über die Therapieaufnahme	
Information über das Setting, die Dauer einer Therapie, die Kosten und die Finanzierung	
Antrags-, Gutachter- und Abrechnungsverfahren (inklusive Einlesen der Chipkarte)	
Zusicherung der Verschwiegenheit	
Hinweis auf mögliche Ausnahmesituationen (pflichtgemäße Aufklärung nach § 11 BO PKN)	
Informationen über Maßnahmen, die die Zustimmung des Patienten erfordern (wie Mitschnitt der Sitzungen auf Datenträgern oder Weitergabe von Daten an Dritte) Entscheidung zur gemeinsamen therapeutischen Arbeit	
Erläuterung alternativer Therapie- und Beratungsmöglichkeiten (Therapieplatzvermittlungsstellen, Therapeutenlisten der Krankenkassen)? Behandlungsalternativen (stationäre Therapie)?	
ggf. Vereinbarung über weitere diagnostische bzw. probatorische Sitzungen	
erste Hypothesen über die Problemlage des Patienten	

Tab. 9 Checkliste für Psychotherapeuten: Informationen bei Therapieende

Information der Patienten bei Abschluss der Behandlung: Vorschläge für eine Checkliste für Psychotherapeuten	✓
Zeitpunkt und Modus des Abschlusses der Behandlung werden i. d. R. von Patient und Therapeut gemeinsam festgelegt. **Gemeinsame Planung der Abschlussphase:**	
Beendigung mit der letzten Stunde des Therapiekontingents im üblichen Zeittakt	
Reduzierung der Sitzungsfrequenzen	
zeitlich festgelegte Therapiepause bzw. Erprobungsphasen im Rahmen bestimmter Therapieziele	
ggf. Vereinbarung über ein offenes „Sitzungskontingent“, das im Bedarfsfall vom Patienten genutzt werden kann	
Abschlusssitzung:	
Benennung der Behandlungsergebnisse aus Therapeuten- und Patientenperspektive	
Thematisierung der Erfolge und Schwierigkeiten	
Auswertung der Veränderungsmessung	
ggf. Behandlungsalternativen bzw. weiterführende Behandlungsmöglichkeiten aufzeigen und/oder vermitteln	
Vereinbarung über Kontaktmöglichkeiten nach Beendigung der Therapie	



2.4 Einführung von QM nach dem Pflichtprinzip

- Frage: Muss ich einen rollstuhlgerechten Zugang zu meiner Praxis haben? Antwort: Nein.
- Frage: Brauche ich getrennte Damen- und Herrentoiletten? Antwort: Nein.
- Frage: Brauche ich einen Feuerlöscher in der Praxis? Antwort: Ja, wenn Sie Mitarbeiter beschäftigen und auch sonst empfehlenswert.

Nicht immer ist in der psychotherapeutischen Praxis gegenwärtig, welche Gesetze, Verordnungen und Vorgaben für den Inhaber verpflichtend sind. Es macht daher Sinn, Qualitätsmanagement in der Praxis einzuführen indem sich der Praxisinhaber als erstes fragt: Was muss ich umsetzen? Wie weit bin ich hinsichtlich der Erfüllung geltender Normen? Eine Übersicht über die derzeitig geltenden Normen/Gesetze/Richtlinien/Vorgaben, die für psychotherapeutische Praxen gelten, finden Sie in Anhang 1. Den meisten Therapeuten wird es wahrscheinlich widerstreben, sich nun die gesammelten Gesetzeswerke vorzunehmen, durchzulesen und auf Anwendung zu überprüfen. Wir stellen Ihnen daher eine Reihe rechtsrelevanter Themen und Fragen vor, die als Einstieg sinnvoll genutzt werden können.

(Sie finden eine stets aktuelle Liste der Rechtsnormen, die für Praxen gelten, über folgenden Link: www.kvhh.net/public/media/Dokumente/unser_service_fuer_sie/aerzte__psychotherapeuten/qualitaetsmanagement/qm_rechtsvorschriften_mit_linkliste.pdf).

Vorgaben der Berufsgenossenschaft: Die Anmeldung des Praxisinhabers bei der Berufsgenossenschaft für Gesundheit und Wohlfahrtspflege (www.bgw-online.de) ist in jedem Fall erforderlich, die BGW ist auch für sämtliche Fragen zur Sicherheit und Hygiene in der Praxis zuständig (solche Fragen, wie die am Anfang des Kapitels erwähnten). Insgesamt sind es nur sehr wenige, durchaus plausible Vorgaben, die in dieser Hinsicht dem Psychotherapeuten gemacht werden, da die psychotherapeutische Praxis kaum Gefahren in Hinblick auf Ansteckung, Kontaminierung, Verstrahlung oder Vergiftung aufweist. Zum Thema Hygiene: In der psychotherapeutischen Praxis sind keine „besonderen" Hygienevorschriften zu beachten, es reicht die normale „Haushaltshygiene". Sollte eine PT-Praxis Patienten betreuen, die ein Ansteckungsrisiko im normalen zwischenmenschlichen Kontakt darstellen (wie z. B. Tuberkulosekranke), sind die Vorgaben der Berufsgenossenschaft anzuwenden.

Haftung: Risiken, die die Sicherheit der Patienten betreffen und die als vermeidbar und kontrollierbar einzuordnen sind. Dieser Aspekt betrifft also das Risikomanagement einer Praxis. Es *„hat zum Ziel, aktiv nach Schadensursachen und Risikofeldern zu suchen, um Haftungsfälle präventiv zu vermeiden, was – umgekehrt – positive Behandlungsqualität impliziert"* (Bock 2009, S. 5). In der psychotherapeutischen Praxis bedeutet das konkret, sich Regelungen für Notfälle zuzulegen (Suizidalität, psychotische Dekompensation, Fremdgefährdung). Dazu gehören schriftliche Vereinbarungen mit gefährdeten Patienten über die Erreichbarkeit

des Therapeuten. Ebenso die Dokumentation der (telefonischen) Kontaktversuche des Therapeuten bei Anruf oder Anrufbeantworternachricht, auch bei Patienten, die nicht in Behandlung sind. Ganz banal gehören auch Aspekte der Sicherheit in den Praxisräumen dazu: Besonders bei der Behandlung von Kindern sind potenzielle Gefährdungen zu beheben (offene Fenster, Steckdosen, spitze Gegenstände). Eine weitere Überlegung könnte die Verkehrssicherheit der Patienten betreffen: Wie sicher schätzt der Therapeut den Patienten ein, nach einer emotional aufwühlenden Therapiesitzung?

Therapie-Einwilligung durch den Patienten: Aufgrund tradierter Vorgaben wird jede ärztliche (auch psychotherapeutische) Behandlung a priori als „Körperverletzung" definiert (auch wenn Indikationsstellung und Behandlungsdurchführung völlig korrekt sind). Es besteht also eine (zumindest juristische) Äquivalenz sämtlicher Interventionsformen innerhalb des medizinischen Systems, das die psychologisch-psychotherapeutische einschließt. Diese Grundannahme mag realitätsfern wirken – gerade im Zusammenhang mit einer psychotherapeutischen Behandlung, die ja, zumindest in körperlicher Hinsicht, absolut nicht invasiv ist. Wichtig ist es trotzdem, gerade für psychologische Psychotherapeuten, dies zur Kenntnis zu nehmen. Aus diesem Verständnis heraus ergibt sich nämlich die rechtliche Forderung nach eindeutiger, dokumentierter Einwilligung des Patienten, und zwar auf der Grundlage adäquater Aufklärung durch den Therapeuten zu Risiken der Psychotherapie und Behandlungsalternativen. Dementsprechend besteht bei der (psychotherapeutischen) Behandlung von Kindern die Verpflichtung, eine Zustimmung zur Behandlung von den (sorgeberechtigten) Eltern schriftlich einzuholen (im Fall getrennt lebender Eltern, bedeutet das: *beider* sorgeberechtigter Eltern.)

Datenschutzgesetz und Schweigepflicht: Umsetzung der Vorgaben des Bundesdatenschutzgesetzes und der Berufsordnung bezüglich der Schweigepflicht. Der Verstoß gegen das ärztliche/psychologische Berufsgeheimnis begründet nicht nur eine Berufspflichtverletzung, sondern hat auch eine strafrechtliche Bedeutung. Vereinfacht, flapsig formuliert: Durch diese beiden Regelwerke ist festgelegt, dass alles verboten ist, was nicht erlaubt ist. Das heißt: jede Weitergabe und Mitteilung von Patientendaten muss vom Patienten (schriftlich lt. Datenschutzgesetz) autorisiert werden! Der Psychotherapeut sollte besondere Sorgfalt darauf verwenden, die Datenweitergabe an die Krankenkassen (GKV und PKV), die Sozial- und Jugendämter, die Schulen und Lehrer der Patienten stringent im Sinne dieser Vorgabe zu organisieren. Auch wird häufig missachtet, dass die Verschwiegenheitspflicht gegenüber jedermann besteht, so auch:

- gegenüber den eigenen Familienangehörigen,
- gegenüber Familienangehörigen des Patienten,
- gegenüber anderen Ärzten/Psychologen,
- gegenüber demjenigen, der von der betreffenden Tatsache bereits Kenntnis erlangt hat und
- dass die Verschwiegenheit auch nach dem Tod des Patienten fortbesteht.



Sollten Andere im Rahmen ihrer Tätigkeit für die Praxis über Patienten Informationen erhalten (beispielsweise als Reinigungskraft, EDV-Spezialist, Schreibdienst) gilt diese Verpflichtung ebenso stringent und sollte schriftlich durch eine Verschwiegenheitserklärung dokumentiert werden.

Dokumentationspflicht: als Nebenpflicht im Rahmen des Behandlungsvertrags. Die Pflicht, Diagnose und therapeutischen Prozess zu dokumentieren, dient in erster Linie der Gedächtnisstütze des Therapeuten, in zweiter Linie der Nachvollziehbarkeit im Rahmen einer Plausibilitätsprüfung durch die KV und zuletzt auch der Beweisbarkeit im Rahmen haftungs- und strafrechtlicher Auseinandersetzungen. Zusammenfassen lässt sich diese Verpflichtung folgendermaßen: Die Dokumentation der Patientenkontakte kann schriftlich oder/und digital erfolgen (für die elektronische Datenspeicherung muss der Patient sein Einverständnis erteilen). Empfehlenswert ist eine Dokumentationsform, die zwischen „Persönlichen Aufzeichnungen des Therapeuten" und Dokumentation der Behandlung differenziert. Nur für letzteres gilt das Recht des Patienten auf Akteneinsichtnahme. Die Dokumentation des Behandlungsverlaufs hat vom ersten Kontakt an lückenlos zu erfolgen und sollte zeitnah (innerhalb von 24 Stunden) erfolgen, Notfälle oder besondere Vorkommnisse müssen sofort festgehalten werden. Die Patientenakte muss mindestens folgende Angaben enthalten:

- ICD-10 Diagnose (und differentialdiagnostische Überlegungen)
- biographische Anamnese
- Fallkonzeptualisierung, Indikationsstellung und Therapieplan
- Verlaufsdokumentation

Arbeitsstättenverordnung: dient der Sicherheit und dem Gesundheitsschutz der Beschäftigten. In einer psychotherapeutischen Praxis bestehen nur sehr wenige „Gefahren" für Beschäftigte (und die meisten Psychotherapeuten haben keine Mitarbeiter). Überlegungen in dieser Hinsicht sollten also dazu beitragen, das (geringe) Gefährdungspotenzial realistisch einzuschätzen: Brandschutz (Feuerlöscher), Gesundheitsschutz am Bildschirm, Sturzgefahren wie Kabel, Schwellen, usw. Darüber hinaus steht es natürlich jedem Psychotherapeuten frei, für sich selbst ergonomisch optimierte Arbeitsbedingungen zu schaffen.

Literatur

Behnsen E, Bell K, Best D et al. (Hrsg.): Management Handbuch für die psychotherapeutische Praxis (ständig aktualisierte Loseblattsammlung). Heidelberg: Psychotherapeutenverlag Stand 37. Aktualisierung Dezember 2008

Bock R-W: Recht für Krankenhaus und Arztpraxis. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 2009

Herzog T, Stein B, Wirsching M: Qualitätsmanagement in Psychotherapie und Psychosomatik. Stuttgart: Thieme 2000

Lairaiter A-R, Vogel H (Hrsg.): Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung. Tübingen: DGVT-Verlag 1998

Laireiter A-R, Vogel H (Hrsg.): Qualitätssicherung in der Psychotherapie. Psychotherapiepraxis. Psychotherapie, 6. Jahrg 2001; 6: 1, 21

Lambert MJ (Hrsg.): Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. 5. Aufl. New York: John Wiley & Sons 2004

Liebold R, Zalewski T: Handbuch Psychotherapie in der vertragsärzlichen Versorgung (Grundwerk mit 26. Lieferung) (Ringeinband). Sankt Augustin: Asgard Verlag 2006

Linster H-W, Härter M, Stieglitz R-D (Hrsg.): Qualitätsmanagement in Psychotherapie und Beratung. Grundlagen – Methoden – Anwendung. Göttingen: Hogrefe 2004

Nathan P, Gorman J (Hrsg.): A guide to treatments that work. 2. Aufl. New York: Oxford University Press 2002

Piechotta B, Müller U: Qualitätssicherung für niedergelassene analytische Psychotherapeuten (QNAP). Evaluation eines QS-Projektes von niedergelassenen Psychoanalytikern in NRW 2001–2004. Forum der Psychoanalyse 2008; 24: 382–394

Piechotta B: PsyQM. Qualitätsmanagement für psychotherapeutische Praxen. Berlin, Heidelberg: Springer 2008

Piechotta B: Stein der Weisen oder Stein des Sisyphos? Qualitätsmanagement und Zertifizierung für Praxen von Psychoanalytikern. Forum der Psychoanalyse 2003; 19: 129–148

Stieglitz R-D, Härter M, Linster HW (Hrsg.): Qualitätsmanagement in der Psychotherapie. Grundlagen, Methoden und Anwendungen. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe 2003

Links

QM-Richtlinien der Bundes PTK: www.bptk.de/aktuelles/news/94287.html

www.ivt-hessen.de

www.kbv.de/themen/qualitaetsmanagement

www.deutschepsychotherapeutenvereinigung.de

www.g-ba.de

www.kbv.de/themen/6102.html

www.bgw-online.de

www.kbv.de/qep/11625.html

www.kvb.de/servlet/PB/show/1116432/QM-Richtlinienbroschuere_4_2008.pdf

Aktuelle Liste der Rechtsnormen, die für Praxen gelten, über folgenden Link: www.kvhh.net/public/media/Dokumente/unser_service_fuer_sie/aerzte__psychotherapeuten/qualitaetsmanagement/qm_rechtsvorschriften_mit_linkliste.pdf

3 Medizinische Versorgungszentren

Christine Kuch

Die Einführung von Qualitätsmanagement (QM) verspricht *Aussicht auf Erfolg*, wenn:

- **ein strukturiertes Vorgehen für die Einführung formuliert wird, das für alle nachvollziehbar und transparent ist.**
- **Entscheidungen konsequent umgesetzt und gesetzte Ziele stringent verfolgt werden.**
- **die Umsetzung an die konkreten Gegebenheiten in der Praxis angepasst ist.**

Im vorliegenden Kapitel werden strukturierte Vorgehen für die Einführung von QM in Praxisverbünde und Medizinische Versorgungszentren (MVZ) vorgestellt. Sie unterstützen eine konsequente Verfolgung formulierter Ziele und eine Anpassung an konkrete Gegebenheiten vor Ort.

Bei der Einführung von QM in einen Praxisverbund oder ein MVZ stellt sich zunächst die Frage, ob eine zentrale oder eine dezentrale Lösung angestrebt wird: Soll QM zentral gesteuert werden oder soll jede Praxis ein eigenes QM entwickeln und dabei höchstens unterstützende Service-Leistungen des Verbundes oder des MVZ in Anspruch nehmen können? Beide Vorgehensweisen werden nachstehend kurz umrissen.

3.1 Zentrale Lösung für die Einführung von Qualitätsmanagement

Grundsätzlich baut die Einführung von QM immer auf einem gemeinsam getragenen Selbstverständnis auf: Wenn unterschiedliche Vorstellungen darüber bestehen, wofür die Organisation als solche überhaupt steht, was sie grund-

sätzlich kennzeichnet, was ihre grundlegenden Zielsetzungen sind, dann wird auch ein noch so brillant aufgestelltes QM kaum einen Nutzen bringen können. Dieser Aspekt ist insbesondere bei der zentralen Einführung von QM von Bedeutung: Wird in den einzelnen Praxen das grundlegende Wertegerüst nicht geteilt, dann ist es kaum möglich, ein gemeinsames QM zu installieren. Somit steht an erster Stelle der QM-Einführung die Klärung und Erarbeitung dieser Voraussetzung.

Diskussion der Werte und der grundlegenden Zielsetzungen der Organisation

Eine solche Diskussion ist in einer lebendigen Organisation nicht abschließbar. Dennoch macht die Formulierung von Kernsätzen in Form eines Leitbildes Sinn: Sie geben Orientierung. Des Weiteren wird bei einer schriftlichen Formulierung besser deutlich, wenn das formulierte Selbstverständnis nach einigen, vielleicht auch nach vielen Jahren nicht mehr passt, weil sich die Organisation stark gewandelt hat.

Einigt man sich im Verlauf der Diskussion auf ein gemeinsames, von allen getragenes Leitbild, ist eine zentrale Einführung von QM potenziell möglich. Abbildung 2 zeigt eine Übersicht über eine QM-Einführung, die zentral organisiert ist.

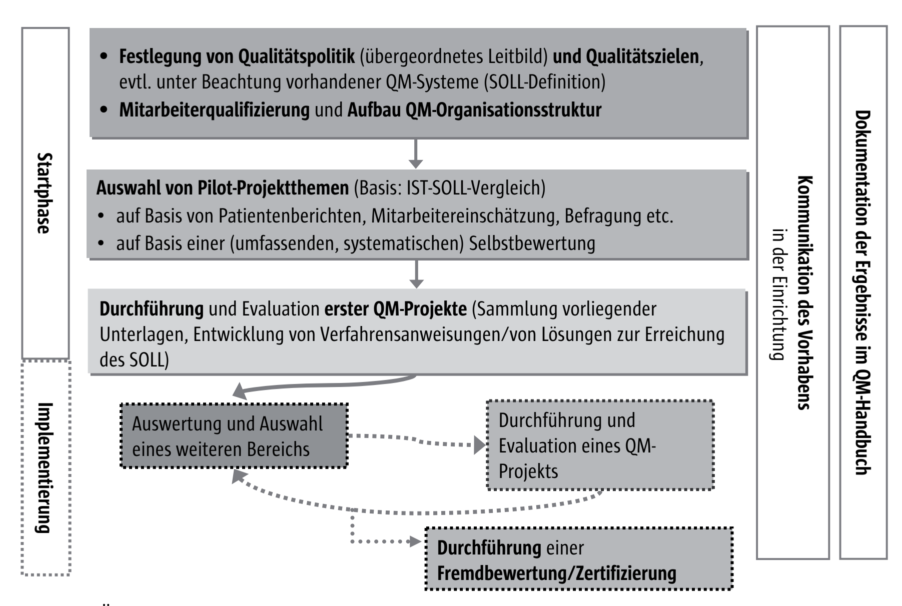


Abb. 2 Übersicht QM-Einführung

Festlegung einer Qualitätspolitik und übergeordneter Qualitäts-Leitziele

Die Formulierung dieses Leitbildes führt schon zur Formulierung einer *Qualitätspolitik*. In der Qualitätspolitik werden über das Leitbild hinaus konkretere Leitziele für die Qualitätsentwicklung der Organisation formuliert. Das nachstehende Beispiel soll dies veranschaulichen:

Werden beispielsweise Mitarbeiter als zentrale Ressource der Organisation *wahrgenommen (einer der im Leitbild formulierten Werte der Organisation) könnten mögliche,* übergeordnete Qualitäts-Leitziele und -strategien *beispielsweise heißen:*

Förderung der Mitarbeiter *z. B. durch die:*

- *Durchführung jährlicher Mitarbeiterentwicklungsgespräche,*
- *Vorhaltung regelmäßiger, bedarfsgerechter Fortbildungsangebote,*
- *Öffnung von Karrierechancen für männliche und weibliche Mitarbeiter.*

Förderung der Mitarbeiter *z. B. durch die:*

- *Formulierung realisierbarer und anspornender Jahresziele,*
- *Festlegung von verbindlichen Verantwortlichkeiten.*

Bindung von Mitarbeitern *z. B. durch die:*

- *Bereithaltung familiengerechter Arbeitszeitmodelle.*

Die oben benannten übergeordneten Ziele können später im Verlauf der QM-Einführung in *jährliche Qualitätsziele, Zielsetzungen für einzelne QM-(Projekt-)Maßnahmen* heruntergebrochen werden. Diese können beispielsweise wie folgt lauten:

- Entwicklung eines Verfahrens für die Planung, Durchführung und Auswertung jährlicher Mitarbeiterentwicklungsgespräche
- Entwicklung eines Konzepts zur Bereitstellung von (Teilzeit-)Heimarbeitsplätzen

Konkret heißt das für die Umsetzung, dass man sich Zeit für etwa zwei halbtägige Workshops nehmen sollte, um die grundsätzlichen Fragen zu klären: *Haben wir ein gemeinsames Verständnis guter Qualität (Leitbild) und woran erkennen wir, dass dieses Verständnis umgesetzt wird (übergeordnete Qualitäts-Leitziele und -strategien)?*

Im ersten Workshop erfolgt hierzu eine Sammlung durch den Vorstand und die möglicherweise vertretenen Praxisleitungen und -mitarbeiter. Die Sammlung kann dadurch unterstützt werden, dass schon an dieser Stelle Bereiche eines QM-Systems mit berücksichtigt werden. Dies ist jedoch nicht unbedingt erforderlich.

Bis zum zweiten Workshop wird dann die (zuvor ggf. etwas sprachlich aufbereitete) Sammlung in den einzelnen Praxen diskutiert, ergänzt und gewichtet.

Im zweiten Workshop erfolgen nun eine Diskussion und eine abschließende Entscheidung auf Basis der zurückgemeldeten Kommentare. In Abhängigkeit von der Größe der Gruppe, kontroversen Diskussionen und der Möglichkeit einer externen Moderation kann dieses Verfahren mehr oder weniger Zeit in Anspruch nehmen. Da sich Werte nicht verordnen lassen, ist es jedoch in jedem Fall hilfreich, allen Beteiligten die explizite Gelegenheit zur Diskussion zu geben.

Die Ergebnisse dieser Diskussionen werden schriftlich festgehalten und ggf. für verschiedene Gruppen (Mitarbeiter, Patienten und Außendarstellung) unterschiedlich ausformuliert. Diese Dokumente können später von der benannten Qualitätsmanagerin als erste Bestandteile in einem QM-Handbuch (im herkömmlichen Ordner oder elektronisch) hinterlegt werden.

Im Zusammenhang mit der Formulierung des Leitbildes und der Qualitätspolitik wird zudem geklärt, welcher strategische Stellenwert QM derzeit zukommt: Spielt es eine untergeordnete Rolle, sollte man das Vorhaben anders angehen, als wenn man davon ausgeht, dass QM als zentrale Strategie verfolgt wird und alle anderen Bereiche mit beeinflusst. Für die nachfolgende Vorgehensweise gehen wir davon aus, dass QM als Unternehmensstrategie von großer Bedeutung für sämtliche Entwicklungsprozesse im Unternehmen ist. Demnach wird QM als zentrale Strategie zur Organisationsentwicklung (vgl. Heimerl-Wagner et al. 1996) genutzt.

Kommunikation des Vorhabens und der QM-Aktivitäten in der Organisation

Spätestens jetzt wird das *Vorhaben* der QM-Einführung mit dem vorgesehenen Ablauf *an alle Mitarbeiter kommuniziert* und Werbung für die Teilnahme an den Aktivitäten betrieben. Die Kommunikation des Vorhabens an sämtliche Mitarbeiter des Netzes ist auch im weiteren Verlauf von zentraler Bedeutung für den Erfolg.

Zu diesem Zweck ist es hilfreich, schon jetzt, d. h. möglichst von Beginn an eine *Kommunikationsstrategie* zu planen. Damit wird es möglich, alle Mitglieder und Mitarbeiter ebenfalls darüber zu informieren, wie sie weiter von dem Thema erfahren. Beispielsweise können Newsletter angekündigt werden. Besonders bewährt haben sich auch Versammlungen, zu denen auch die medizinischen Fachangestellten und andere Berufsgruppen eingeladen werden. Im Rahmen dieser Versammlungen werden sowohl erzielte Ergebnisse und Erfolge (von den Projektbeteiligten) als auch neue Projekte (von den neuen Projektleitungen) kommuniziert. Für die Entwicklung von Ideen für eine möglichst effektive, auf die jeweilige Organisation passende Kommunikationsstrategie kann das Instrument der „Strategiewanderung“, das in Kapitel IV.3.2 beschrieben ist, genutzt werden.



Qualifikation der Mitarbeiter und Etablierung einer QM-Organisationsstruktur

Die beiden nachfolgenden Schritte können parallel erfolgen: Für eine effektive und effiziente QM-Arbeit sind sowohl Qualifikationen als auch ein struktureller Rahmen erforderlich. Zu diesem Zweck sollten/sollte:

1. *Mitarbeiter motiviert und qualifiziert* werden in Bezug auf: QM, Moderation von Arbeitsgruppen und Projektmanagement.
2. eine *QM-Organisationsstruktur* installiert werden, d. h. ein QM-Lenkungsausschuss gegründet, ein zentraler Qualitätsmanager sowie QM-Beauftragte in den einzelnen Praxen benannt werden.

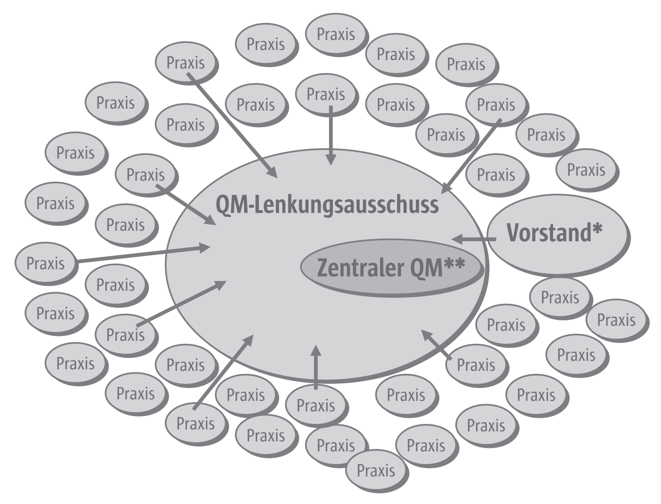
Qualifikation der Mitarbeiter

Der Vorteil einer zentralen QM-Einführung besteht vor allem in der Möglichkeit, zahlreiche Synergien nutzen zu können. So müssen nicht in jeder Praxis alle Qualifikationen vorgehalten werden, sondern man kann z. B. einige interessierte und von ihren Vorgesetzten dafür frei gestellte medizinische Fachangestellte (MFA) als *Moderatorinnen* ausbilden lassen und dadurch massiv Zeit bei der Durchführung der Verbesserungs- und Entwicklungsprojekte sparen. Die Moderatoren stünden dann allen zur Verfügung, ihre ausfallende Arbeitszeit könnte beispielsweise erstattet werden (wenn man sie nicht auch als Wissenszuwachs für die eigene Praxis mit nutzen kann). In jeder Praxis sollten zumindest ein Arzt und eine MFA einen *QM-Basis- oder Einführungskurs* besuchen (und/oder dieses Buch gelesen haben). Zudem ist es sinnvoll, wenn sich einige wenige Ärzte und/oder MFAs *weitergehende Qualifikationen im Bereich QM und Projektmanagement* aneignen und nachfolgend den anderen Praxen als *interne Berater* zur Verfügung stehen würden. Diese letztgenannte Leistung kann zwar auch von außen eingekauft werden, es ist allerdings sehr sinnvoll, wenn man dann im Folgenden sicherstellt, dass das Wissen in die Organisation übertragen wird und nicht allein beim externen Berater bleibt.

Etablierung einer QM-Organisationsstruktur

Die zentrale Lösung für die Implementierung von QM (s. Abb. 3) sieht vor, dass ein gemeinsamer QM-Lenkungsausschuss, der von allen Praxen getragen wird, neben der existierenden zentralen Organisation (Vorstand, Managementgesellschaft etc.) etabliert wird.

Dieser *gemeinsame QM-Lenkungsausschuss* wirkt möglicherweise zunächst einmal völlig übertrieben: „Wir haben doch schon einen Vorstand“, könnte man meinen. Es ist jedoch nicht sinnvoll, wenn der QM-Lenkungsausschuss personell dem Vorstand entspricht, da die Entwicklungsarbeit dann zu eng an das Tagesgeschäft geknüpft wäre und zudem nicht alle Perspektiven dabei berücksichtigt werden könnten. Es sollte eine interdisziplinäre und hierarchieübergreifende Besetzung des Lenkungsausschusses erfolgen. Das heißt, sowohl Ärzte als auch medizinische Fachangestellte und andere im MVZ bzw. Praxis-



* Vorstand MVZ oder Praxisverbund
** Zentraler Qualitätsmanager

Abb. 3 Zentrale Lösung für die Einführung von Qualitätsmanagement

verbund tätigen Berufsgruppen sollten sich hier als ständige Mitglieder bewerben. Man sollte darauf achten, dass nach Möglichkeit alle Disziplinen und Berufsgruppen in dem Lenkungsausschuss vertreten sind. Durch die interdisziplinäre Besetzung wird mit einer höheren Wahrscheinlichkeit erreicht, dass die unterschiedlichen Perspektiven der Organisation bei der Weiterentwicklung berücksichtigt und somit eine höhere Qualität der Entscheidungen erzielt werden kann. Beispielsweise können medizinische Fachangestellte, wenn sie von den Ärzten ernst genommen werden, sehr viel an Wissen über die täglichen Abläufe einbringen, womit z. B. die Praktikabilität von Vorschlägen besser bewertet werden kann; häufig erfahren gerade sie viel von Patienten, was diese nicht an ihren Arzt herantragen usw. Zugleich erhält der Vorstand als Auftraggeber des QM-Lenkungsausschusses jedoch ausreichend Informationen und ist zudem Letzt-Entscheider in Bezug auf die Projekte. Um die Interessen des Vorstands auch bei den Diskussionen zu wahren, kann ein Vertreter des Vorstands als Mitglied in den QM-Lenkungsausschuss berufen werden.

Die Aufgaben des QM-Lenkungsausschusses

- *aktive Teilnahme an den Sitzungen des QM-Lenkungsausschusses (ca. 3 bis 4 pro Jahr)*
- *Auswahl der Themen nach Analysen, Befragungen, Vorschlägen von Mitarbeitern, Beschwerden von Patienten, o. ä.*
- *Zielvorgabe für interne Qualitätszirkel und Projekte*
- *Kommunikation der Zielvorgaben in der Organisation und Vertretung der Ziele der Projekte innerhalb der Organisation*

- *Beauftragung von Projektleitung, -moderator und -team*
- *ideelle Unterstützung der einzelnen Projekte*
- *Sorgen für die materielle Unterstützung der einzelnen Projekte durch den Vorstand (oder, bei Etablierung eines Budgets: materielle Unterstützung der einzelnen Projekte)*
- *Entgegennahme der Ergebnisse des Projektes und Empfehlung der weiteren Vorgehensweise an den Vorstand*

Ein *zentraler Qualitätsmanager*, der sämtliche QM-Aktivitäten koordiniert, sollte berufen werden. Je nach Größe des Netzes bzw. des MVZ ist dafür eine viertel bis eine halbe Stelle zu rechnen. Die Synergieeffekte sind jedoch enorm, da Projekte besser abgestimmt werden können und die Entwicklung in den Praxen und vor allem das gegenseitige Lernen voneinander besser gesteuert werden kann. Der Qualitätsmanager muss kein Arzt sein, sollte aber hohe Akzeptanz genießen und sich vor allem im Thema Qualitätsmanagement und/oder Organisationsentwicklung gut auskennen. Die wichtigsten Aufgaben des Qualitätsmanagers im Überblick.

Die Aufgaben des zentralen Qualitätsmanagers

- *Qualitätsmanagement-Expertise und Beratung der Qualitätszirkel*
- *Koordination der Sammlung von vorhandenen Ansätzen*
- *Koordination und Organisation der QM-Aktivitäten (sammelt Vorschläge, bereitet Qualitätszirkel mit vor usw.)*
- *Koordination der Evaluation der Umsetzung der Ergebnisse der Qualitätszirkel*
- *vermittelt Erfahrungen und Probleme an den QM-Lenkungsausschuss, bereitet dessen Sitzungen vor etc.*

Schließlich muss jede Praxis in einem Ärztenetz einen *QM-Beauftragten* benennen, der, unterstützt durch das zentrale QM, die Aktivitäten in der Praxis koordiniert. Dieses Amt sollte nach Möglichkeit von einer medizinischen Fachangestellten übernommen werden. Auch hier die wichtigsten Aufgaben im Überblick:

Die Aufgaben des Qualitätsbeauftragten in der Praxis

- *Koordination der Aktivitäten in der Praxis*
- *Sammlung vorhandener Lösungen*
- *Zusammenarbeit mit zentralem QM*
- *Durchführung von praxisinternen Projekten*

Dokumentation der Ergebnisse im Handbuch

Das *QM-Handbuch* wird im Laufe der QM-Aktivitäten mehr und mehr gefüllt, sämtliche erarbeitete schriftliche Vorlagen und Dokumente werden hier gesammelt. Auf diese Weise hat jeder in der Organisation jederzeit auf alle Vorlagen Zugriff. Es ist hilfreich, wenn man sich gleich zu Anfang überlegt, wie die einzelnen Dokumente aufgebaut sein sollen, damit man sich auch später darin zurecht findet, wenn mehrere Ergebnisse unterschiedlicher Personen darin abgelegt sind. Das QM-System QEP ist eines der QM-Systeme, das ein Muster-Handbuch vorhält, an dem man sich orientieren kann.

Im Rahmen einer zentralen Lösung für die QM-Einführung können praxisübergreifende Abläufe und Belange in einem „zentralen Teil" des QM-Handbuchs, das für alle gleich ist, beschrieben werden, nur die praxisspezifischen Abläufe und Belange sind dann in einem „Praxis-Teil" des QM-Handbuchs beschrieben.

In diesem Zusammenhang sollte auch überlegt werden, welche möglichen *(EDV-)technischen Unterstützungen* zumindest künftig in Betracht gezogen werden können, um sich die gemeinsame Arbeit, nicht nur in Bezug auf das QM zu erleichtern: Auf Dauer wird die rein händische Auswertung von Projekten und die Steuerung der Prozesse zu aufwendig und fehleranfällig.

Analyse und Auswahl der ersten Projektthemen

Der nun folgende Schritt der *Analyse* zielt darauf, vorliegendes Wissen zu sammeln und zudem erste Themen für gemeinsame Verbesserungs- bzw. Entwicklungsprojekte zu generieren.

Zu diesem Zweck können beispielsweise Mitarbeiter der verschiedenen Praxen, Patienten, Zuweiser und andere Gruppen befragt werden und eine Selbstbewertung in den einzelnen Praxen durchgeführt werden. Letztere erfolgt anhand der eigenen Qualitätsziele und definierten Messkriterien oder detailliert mit einem QM-System (z. B. anhand des QEP-Qualitätsziele-Katalogs) oder übersichtsartig mit der Internationalen Maturity Matrix (s. Link-Sammlung).

Für manche Organisationen mag es sinnvoll sein, schnell zu starten und erste Erfolge zu erzielen, anstatt zunächst viel Zeit in die erste Analyse zu stecken. Für andere Organisationen wird es dagegen vorteilhafter sein, eine detaillierte Analyse an den Anfang zu stellen. Die Erfahrung zeigt: Wenn die Erst-Analyse zu detailliert ist, lähmt dies häufig den anfänglichen Enthusiasmus: Zum einen kostet das detaillierte Analysieren meist viel Zeit ohne den entsprechenden Nutzen zu erbringen (außer für Praxen, die dabei feststellen, dass sie schon sehr weit sind), zum anderen birgt sie Frustrationspotenzial, da man naturgemäß am Anfang eine Reihe von Lücken entdeckt. Bewährt hat es sich, beide Verfahren zu kombinieren: Basierend auf einer kurzen Analyse, erste, erfolgversprechende Projekte zu starten (z. B. Einarbeitung neuer Mitarbeiter, Praxisinfos für Patienten, Notfallplan, ...) und parallel dazu die wei-

tere Analyse voranzutreiben. Hier wird ein weiterer Vorteil des zentralen Vorgehens deutlich: Während in einigen Praxen schon mit der Entwicklungsarbeit angefangen wird, kann man von zentraler Stelle aus parallel dazu die IST-Analyse vorantreiben.

An dieser Stelle kann es hilfreich sein, ein QM-System zur Unterstützung des weiteren Verlaufs (zumindest vorläufig) auszuwählen (s. Übersicht in Anhang 3): In einem großen Verbund oder MVZ ist es wohl leichter, sich an einer Vorlage entlang abzuarbeiten, als alle Themen, die das eigene Qualitätsverständnis beinhaltet, selbst weiter zu differenzieren. Stellt man fest, dass das QM-System sich im Verlauf doch nicht als optimal herausstellt, könnte man ggf. immer noch zu einem besser (zum eigenen Qualitätsverständnis) passenden QM-System wechseln. Die bis dahin erfolgte Arbeit wird nicht umsonst sein, da sich die Systeme in Bezug auf die grundlegenden Themen ähneln.

Bei der *Auswahl erster Projekte* sollte darauf geachtet werden, dass die Themen schnell bearbeitbar und wenig kontrovers sind und dass der erwartete Nutzen für die Praxen recht hoch ist.

Durchführung und Evaluation der Projekte

Für die *Projektarbeit* bietet es sich beim zentralen QM an, einen gewissen Rhythmus zu etablieren. So können z. B. drei bis viermal pro Jahr Projekte gestartet werden.

Diese werden dann jeweils auf einer Versammlung von der schon designierten Projektleitung vorgestellt und es wird um Meldung für die Projektbeteiligten gebeten. Parallel dazu kann die Projektleitung, die z. B. eine Ärztin oder eine medizinische Fachangestellte aus einer Praxis ist, natürlich auch schon selbst Interessierte ansprechen.

Die meisten Projekte erfordern eine interdisziplinäre Besetzung. Insbesondere bei praxisübergreifenden Themen sollte zudem die Beteiligung von beispielsweise Verwaltungsmitarbeitern aus der Zentrale überlegt werden und ggf. kann auch die Mitarbeit bzw. Einladung von in kooperierenden stationären Einrichtungen tätigen Personen hilfreich und notwendig sein (s. beispielsweise dazu Kap. VI.5 zur Entwicklung von Behandlungspfaden in Ärztenetzen).

Auf den gleichen Versammlungen können dann die Projekte des letzten Turnus ihre Ergebnisse vorstellen. Ein regelmäßiger Turnus hat den Vorteil, dass sich nach und nach das Wissen darum in den Köpfen festsetzt und dann eher überlegt wird, dass man sich z. B. beim nächsten Mal selbst daran beteiligen könnte. Außerdem fördert die öffentliche Darstellung der Projektergebnisse nicht nur die Motivation der Teilnehmenden, sondern auch die Qualität der Ergebnisse (man weiß schließlich, dass man sich damit vor ein paar Leute stellen muss) und die Verbindlichkeit, mit der diese umgesetzt werden. Diejenigen, die sich „den Kopf zerbrochen" haben, werden sichtbar, dadurch fällt eine Erinnerung an die Ergebnisse leichter und sie werden eher akzeptiert.

Abschließend sollte in keinem QM-Projekt die *Evaluation* fehlen. Weitere, konkrete Hinweise zur Durchführung von QM-Projekten sind den Kapiteln IV.1 und IV.2 zu entnehmen.

Überprüfung des QM-Systems: Zertifizierung oder Validierung

Schließlich wird man an einen Punkt kommen, an dem die Überprüfung des etablierten QM-Systems Sinn macht. Gründe dafür können sowohl vertragliche Erfordernisse sein, zudem kann ein Zertifikat sich auf die weitere QM-Arbeit motivierend auswirken. Zumindest für den Fall, dass die gesamte QM-Einführung nicht nur auf dieses Ziel ausgerichtet war: In diesen Fällen kommt es im Anschluss an die Zertifizierung meist zum Erliegen der Aktivitäten.

Dann muss eine passende Zertifizierungsstelle ausgewählt und beauftragt werden und die Zertifizierung vorbereitet und durchgeführt werden (s. a. Kap. I.6).

3.2 Dezentrale Lösung für die Einführung von Qualitätsmanagement

Selbstverständlich kann für einen Praxisverbund oder ein MVZ eine dezentrale Lösung bei der Implementierung von QM sinnvoller sein, auch wenn dafür auf zahlreiche Synergieeffekte verzichtet werden muss. Dies ist zum Beispiel der Fall, wenn große Unterschiede in der Motivation der verschiedenen Praxen bestehen, oder auch, wie zuvor schon ausgeführt, wenn das Selbstverständnis zwischen den einzelnen Praxen zu stark differiert.

Zudem kann eine dezentrale Lösung auch von Vorteil sein, wenn es ausgeprägte Befürchtungen gibt, man lasse sich sonst zu stark „in die Karten" schauen – wobei gerade dieser Effekt, wenn man sich erst einmal dazu überwindet, deutliche positive Effekte hat. Erfahrungen hierzu sind beispielsweise der Praxisbericht zum Berliner Modell zur Transfusionsmedizin, in dem sich (konkurrierende) transfusionsmedizinische Einrichtungen in Berlin gegenseitig auditieren (s. Kap. VI.3).

Wird eine dezentrale Lösung angestrebt, so gilt es zunächst zu klären, ob grundsätzlich dennoch einheitliche Zeitfenster vereinbart werden können, in denen sich zumindest jeweils Gruppen von Praxen für eine stärkere Auseinandersetzung mit dem Thema Qualität entscheiden – diese können sich dann in freiwilligen, praxisübergreifenden Qualitätszirkeln treffen und sich auf diese Art und Weise gegenseitig bei der Einführung unterstützen.

Zudem ist es sinnvoll zu überlegen, ob ein für alle geltendes, gemeinsames QM-System ausgewählt werden kann – was ohne Zweifel für spätere Entwicklungen von Vorteil, aber derzeit nicht unbedingt erforderlich wäre. Darüber hinaus ist es möglich, dass man im Hinblick auf spätere Zertifizierungen bei einer höheren Anzahl an Praxen bessere Preise verhandeln kann.

Damit QM tatsächlich effektiv ist und nicht nur einen zusätzlichen Aufwand darstellt, muss die Umsetzung an die konkreten Gegebenheiten in der Praxis vor Ort angepasst werden. Die folgenden Schritte (s. Abb. 4) können



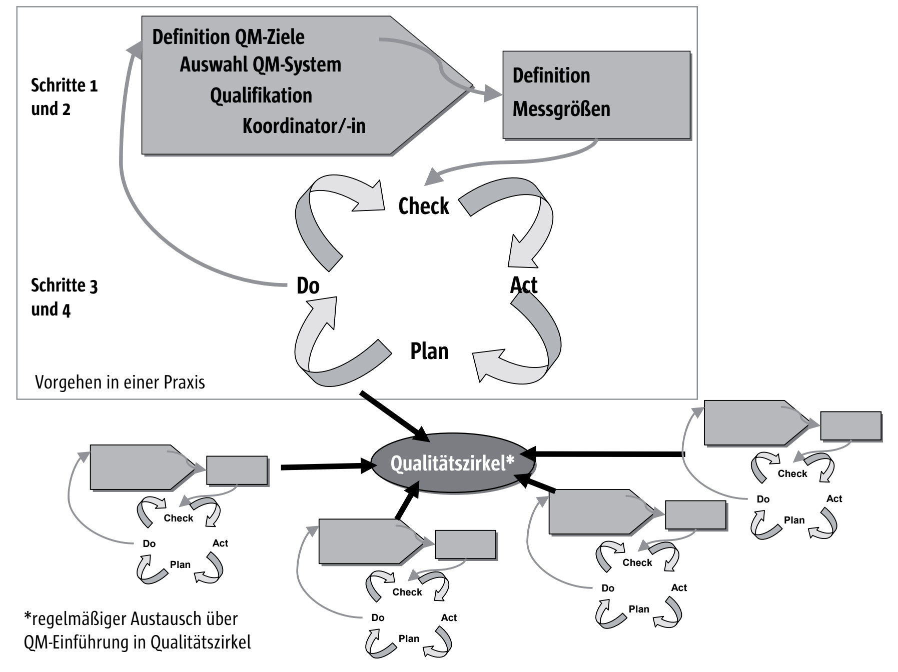


Abb. 4 Dezentrale QM-Einführung

dabei, unabhängig vom verfolgten QM-System, eine *hilfreiche Struktur auch für größere Praxen und Gemeinschaftspraxen* bieten. Diese sieht vor, dass neben dem Entwicklungsprozess in der eigenen Praxis ein Austausch mit anderen Praxen in einem Qualitätszirkel etabliert wird, um sich gegenseitig zu unterstützen und nicht alles selbst erfinden zu müssen.

Schritt 1: Definition der QM-Ziele, Auswahl des QM-Systems, Qualifikation und Benennung der QM-Koordination

Die Praxisinhaber überlegen, auch gemeinsam mit ihren Mitarbeitern, welche Zielsetzung sie in Bezug auf QM *konkret* haben.

Aufgabe 5 für anwendungsfreudige Leser

Wohin soll die Reise gehen?

Was wollen wir mit QM erreichen?

Woran erkennen wir, dass QM das „bringt“, was wir uns erhoffen?

Wie sieht es in der Praxis aus, wenn mit QM all das erreicht wird, was wir uns davon erhoffen?

In Bezug auf die Patienten, die Praxisinhaber, die Mitarbeiter, die Abläufe, Ausstattung und Material(-verbrauch)? Beachtung gesetzlicher Vorgaben wie Hygiene, Datenschutz, Behandlungsergebnisse, finanzielle Ergebnisse?

Was sind Ihre wichtigsten Qualitätsziele? Bitte konkret und schriftlich formulieren!

Falls nicht eines der vorliegenden QM-Systeme aus verschiedenen Gründen für das gesamte MVZ oder das gesamte Ärztenetz sinnvoll ist und daher ausgewählt wurde, kann es jetzt hilfreich sein, sich einen Überblick über die verschiedenen QM-Systeme zu verschaffen. Dabei prüfen Sie, welches System Ihnen am meisten hilft, Ihre Vorstellungen umzusetzen. Es fällt leichter, effizient zu arbeiten, wenn man die Methodik kennt.

Auch eine Qualifikation der Praxisleitung und der Mitarbeiter für die QM-Arbeit ist jetzt sinnvoll: Für viele Praxen genügt es, wenn zunächst jeweils ein (motivierter) Arzt und eine (motivierte) med. Fachangestellte eine Fortbildung zu dem Thema besuchen und das neue Wissen dann den anderen Kollegen vermitteln. In einer kleineren Praxis ist die Bildung eines Qualitätslenkungsausschusses nicht notwendig.

Allerdings sind dann regelmäßig stattfindende Sitzungen aller Praxismitarbeiter zum Thema Qualitätsentwicklung ein entscheidender Erfolgsfaktor, damit die Bemühungen nicht im Sande verlaufen. In diesen Sitzungen kann z. B. nach und nach der QEP Fragenkatalog bearbeitet und so die Qualitätsentwicklung in der Praxis vorangetrieben werden. Zur Unterstützung wird ein Qualitätszirkel mit anderen Praxen etabliert, die ebenfalls eine QM-Einführung betreiben.

Es ist äußerst sinnvoll, z. B. eine med. Fachangestellte mit der Koordination der QM-Arbeit zu beauftragen: Die Aufgaben der QM-Koordinatorin sind nachstehend aufgeführt.

Die Aufgaben des QM-Koordinators

- *Qualitätsmanagement-Expertise*
- *Vorbereitung und Protokollierung regelmäßig stattfindender Besprechungen mit Praxisinhabern und Mitarbeitern*
- *evtl. Moderation von Sitzungen*
- *Sammlung schon vorhandener Unterlagen*
- *Ergebnisse der QM-Arbeit in einem QM-Handbuch sammeln*
- *Verantwortung für notwendige Ergebnismessungen*
- *Weitergabe von QM-Wissen an neue Mitarbeiter*
- *Koordination der Aktivitäten der Praxis mit den Aktivitäten anderer Praxen*
- *ggf. Hospitation in anderen Praxen*
- *Besuch von praxisübergreifenden Qualitätszirkeln, um sich mit anderen Praxen auszutauschen, gemeinsam mit einem Arzt aus der Praxis*



Schritt 2: Definition von Messwerten (Qualitätsindikatoren), falls im gewählten QM-System dazu nichts vorhanden ist

Für jeden wichtigen Bereich wird nun in gemeinsamen Sitzungen von Praxisinhabern und Mitarbeitern ein konkreter Messwert für die Zielerreichung definiert, falls dies im gewählten QM-System nicht schon vorhanden ist (z. B. sind im QEP für alle Ziele auch Messwerte definiert). Das kann z. B. sein

- die systematisch erfasste Zufriedenheit von Patienten, Mitarbeiterinnen und/oder Praxisinhabern
- eine bestimmte Anzahl verbrauchter Materialien
- ein bestimmter avisierter Geschäftserfolg

Schritt 3: Durchführung der Messung und Analyse

Anschließend prüfen alle, in welchen Bereichen (Patienten, Praxisinhaber, Mitarbeiterinnen, Abläufe, gesetzliche Vorgaben, usw.) es schon richtig gut läuft: Diese Punkte kann man bereits „abhaken". Dennoch darf man auch hier nicht vergessen, einen Zeitpunkt für die nächste Messung festzulegen. Besonders wenn man eine Zertifizierung oder Validierung anstrebt, sollte man die relevanten Punkte immer dokumentieren (QM-Handbuch). Die (schlanke!) Dokumentation lohnt sich aber allein auch schon für die leichtere Einarbeitung neuer Mitarbeiter. Die gesammelten Ergebnisse zu den bereits erfolgreich laufenden Punkten sollten alle Mitarbeiter in gemeinsamen Sitzungen erfahren. Damit kann besser sichergestellt werden, dass es auch weiterhin gut läuft!

Zudem wird geprüft, welche Bereiche (Patienten, Praxisinhaber, Mitarbeiterinnen, Abläufe, gesetzliche Vorgaben, usw.) noch nicht optimal bewertet werden können. An diesen Punkten wird nun im folgenden vierten Schritt weiter gearbeitet.

Schritt 4: Erarbeitung von Verbesserungen

Eine häufige Falle, in die viele bei der Erarbeitung von Verbesserungen treten, sollte man umgehen: Wenn *eine* Mitarbeiterin mit der Bearbeitung einer Sache beauftragt wird und danach die Ergebnisse im QM-Handbuch ablegt, ruhen sie da gut, aber nutzlos. Erfahrungsgemäß bleiben vor allem die Sachen haften, an denen man mitgearbeitet hat – ergo: *Teamwork ist angesagt!*

Allen, die an einem bestimmten Ablauf beteiligt sind, wird Verantwortung an der Verbesserung übertragen. Das gilt für die Praxisleitung ebenso wie für Mitarbeiter. Möglicherweise ist es notwendig, dass alle gemeinsam überlegen, wie es besser laufen könnte. Es kann aber auch sein, dass es reicht, wenn nur ein oder zwei Mitarbeiterinnen und/oder die Praxisleitung Überlegungen anstellen. Hinweise zur Durchführung entsprechender QM-Projekte sind in Kapitel IV.1 und 2 zu finden.

Und wenn doch einmal eine Aufgabe problemlos alleine erledigt werden kann, sollten zumindest die Ergebnisse von „Einzelarbeiten“ gemeinsam besprochen werden.

Nach Abschluss der Projekte sollte die Lösung verbindlich umgesetzt werden. Eine Praxisleitung ist gut beraten, Ergebnisse, die von ihren Mitarbeitern erarbeitet wurden, immer möglichst unverändert in die Umsetzung zu bringen. Zudem sollte ein Zeitpunkt für die nächste Messung vereinbart und evtl. Ergebnisse im QM-Handbuch dokumentiert werden.

Schritt 5: Dauerhafte QM-Arbeit

Nun werden Schritt 3 und 4 in einer Endlosschleife wiederholt und je nach Bedarf auch hin und wieder Schritt 1 und 2. Denn Anforderungen ändern sich ständig, und daher heißt es auch:

! QM machen nicht die, die schlecht sind, sondern die, die immer gute Qualität liefern wollen!

Überprüfung des QM-Systems: Zertifizierung oder Validierung

Auch bei diesem Vorgehen kann irgendwann der Wunsch nach einer Zertifizierung entstehen. Zumindest sollte jede Praxis nach spätestens 1,5 Jahren dazu in der Lage sein (wenn sie dies anstrebt). Auch hier gilt dann, falls es im Verbund nicht anders vereinbart wurde: eine Zertifizierungsstelle beauftragen, Zertifizierung vorbereiten, Zertifizierung durchführen lassen – und feiern!

Literatur

Heimerl-Wagner P, Köck C (Hrsg.): Management in Gesundheitsorganisationen. Wien: Ueberreuter 1996

Links

Informationen zur Internationalen Maturity Matrix

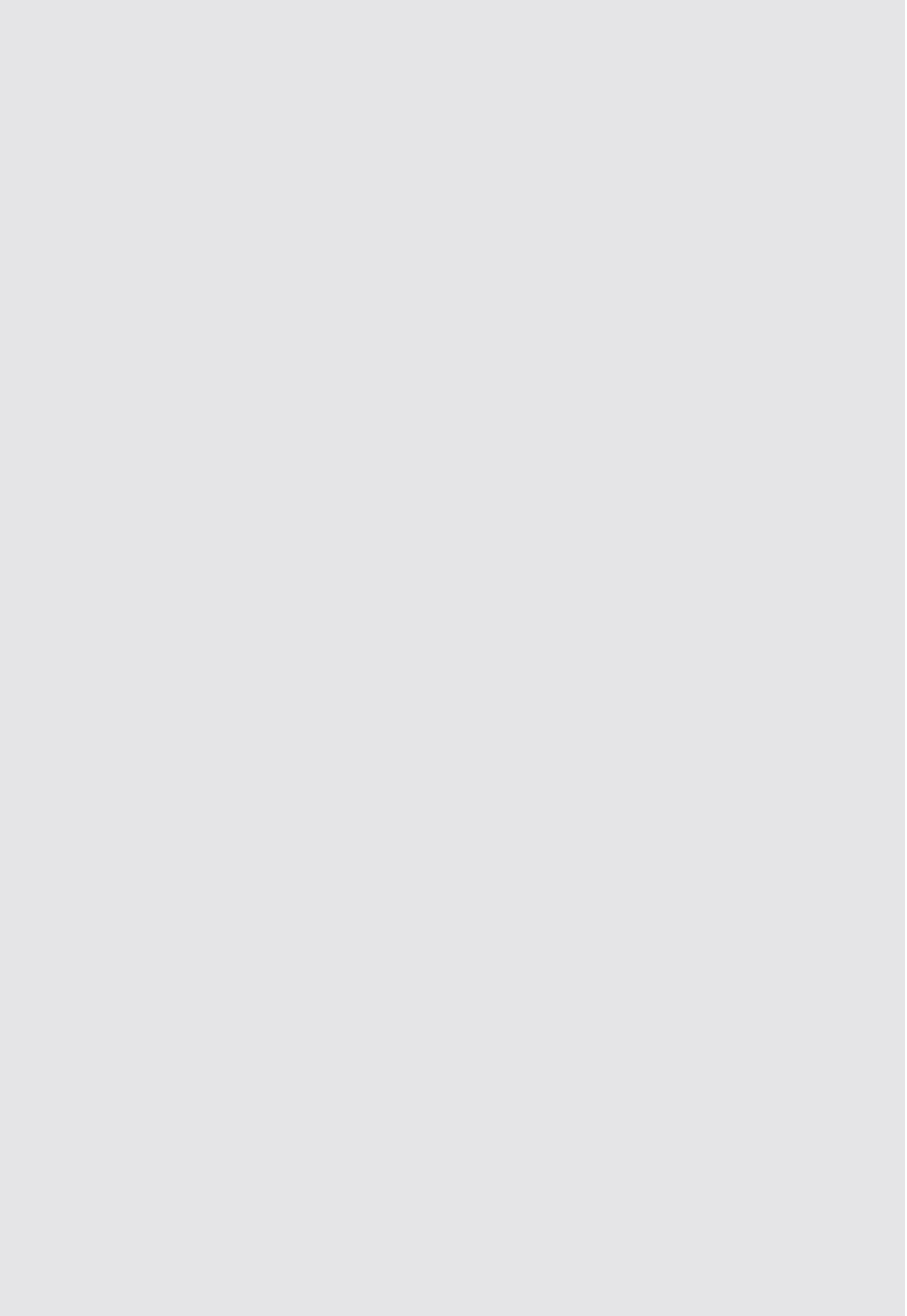
www.maturitymatrix.co.uk, Interessenten an der IMM können sich auch gerne an die Autorin, Frau Dr. Christine Kuch, wenden (kuch@medcoaching.de).

Informationen zum Qualitätszielkatalog von QEP

http://www.kbv.de/qep/qep.html

III

QM-Tools in der Praxis



1 Einführung

Christine Kuch

Eines der zentralen Prinzipien des Qualitätsmanagements wird durch den Deming-Zyklus (Deming 1982) beschrieben (s. Abb. 5).

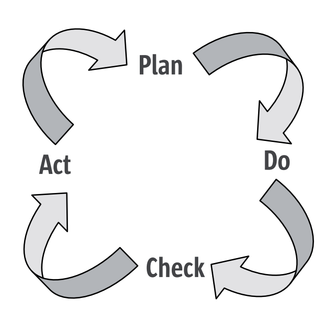


Abb. 5 Deming-Zyklus

Nach der Planung einer Veränderung (Plan), z. B. verschiedener Maßnahmen zur Verbesserung der Patientenzufriedenheit, erfolgt die Umsetzung (Do), z. B. werden Informationsformulare erstellt, die Terminvergabe geändert, das Wartezimmer anders gestaltet. Die Umsetzung wird durch eine Messung überprüft (Check): Die Patientenzufriedenheit wird mit einem validen Fragebogen erfasst. Falls das Ergebnis der Messung nicht zufrieden stellt, werden Maßnahmen überlegt, wie das Ziel besser zu erreichen ist (Act), z. B. werden Informationsformulare von Patienten im Hinblick auf die Verständlichkeit geprüft, die bislang lückenhafte Umsetzung des neuen Verfahrens für die Terminvergabe wird thematisiert usw.

Dieses Vorgehen dient zum einen dazu, dass Veränderung nicht nur besprochen, sondern auch tatsächlich umgesetzt werden, kurz:

statt „Man müsste mal …“ wird überlegt „Wer macht was bis wann?“

Zudem zielt das Vorgehen darauf, dass man sich nicht nur damit zufrieden gibt, dass „man ja etwas verändert hat“, sondern auch nachschaut, ob die umgesetzte Veränderung tatsächlich den erwünschten Effekt erzielt hat, kurz:

statt nur „Wir haben das gemacht.“ wird zudem geprüft „Hat es etwas gebracht?“

Nehmen wir beispielsweise an, dass der Wartebereich in einer Praxis ansprechender gestaltet werden soll, um Patientenbeschwerden zu entstehenden Wartezeiten zu reduzieren. Geht man nun nach Deming vor, reicht es nicht aus, die Wände neu zu streichen und das Zeitschriftensortiment zu aktualisieren. Man erfasst zusätzlich das Erreichen des Ziels „weniger Patientenbeschwerden in Bezug auf Wartezeiten“. Ergibt eine solche Analyse, dass Patienten sich in gleichem Maße weiter beschweren, sollte man sich nicht über überhöhte Ansprüche von Patienten ärgern. Vielmehr sollte überlegt werden, was man außerdem noch tun kann, um die entsprechenden Beschwerden zu reduzieren. Häufig sind es genau diese weitergehenden Überlegungen, die zu einer Reduktion der Beschwerden führen. Beispielsweise könnte an der Anmeldung gezielt Informationsmaterial für die Wartezeit an Patienten ausgehändigt werden. Oder, in Bezug auf eine strukturierte Vorbereitung eines Behandlungsgesprächs, wäre es möglich, den Patienten ein Blatt mit der Fragestellung „Welche Fragen möchten Sie heute mit mir, Dr. Meier, besprechen?“ zu überreichen, damit sich diese dann im Wartezimmer gezielt Notizen machen können.

Instrumente des Qualitätsmanagements unterstützen diesen Prozess: So werden eine Reihe von Methoden zur Messung (Check) bereitgestellt, als auch verschiedene Methoden zur Entwicklung von Verbesserungsideen (Act) und zur Planung von Abläufen (Plan). Eine umfangreiche Sammlung klassischer Methoden ist beispielsweise im Memory Jogger zu finden, der von den nationalen deutschsprachigen Qualitätsmanagement-Verbänden herausgegeben wird (Brassard et al. 2000). Zur Förderung der Umsetzung (Do) wird im Qualitätsmanagement vor allem darauf geachtet, dass Verantwortlichkeiten eindeutig geregelt und spezifischen Abläufen zugeordnet sind – dieses organisationstheoretisch fundierte Prinzip ist jedoch nicht qualitätsmanagementspezifisch.

Im vorliegenden Teil III wird auf solche Instrumente eingegangen, die in den klassischen Sammlungen kaum vertreten sind, bzw. die im Praxisalltag



bislang nur vereinzelt umgesetzt werden, jedoch einen hohen praktischen Nutzen haben.

Die folgenden Instrumente und Vorgehen im Bereich der Messung („Check" gemäß Deming) werden vorgestellt:

- Durchführung einer Selbstbewertung in Bezug auf die gesamte Organisation im Team (s. Kap. III.2)
- Etablierung einer Ideenbörse der Mitarbeiter und eines Beschwerdemanagements für Patienten (s. Kap III.3)
- Durchführung von Prozessmessungen (s. Kap. III.4) und Outcomemessungen (s. Kap. III.5)
- Etablierung von Benchmarking-Prozessen (s. Kap. III.6)

Der Nutzen dieser Messinstrumente besteht vor allem darin, systematisch Möglichkeiten zur Verbesserung aufzudecken. Zielsetzung ist es, nur solche Veränderungen anzugehen, die einen hohen Nutzen für eine der relevanten Anspruchsgruppen (Mitarbeiter, Inhaber, Patienten, ...) versprechen. Anders ausgedrückt, gemäß der Grundregeln der lösungsorientierten Arbeit nach Steve de Shazer und Insoo Kim Berg:

> **Repariere nicht, was nicht kaputt ist, und mache das weiter, was funktioniert, aber lass das sein, was nicht funktioniert, und mache stattdessen etwas anderes!**

Steht Veränderungsbedarf im Raum, greifen andere Instrumente, die vor allem dazu dienen, die Entwicklung von Veränderungen in einer Gruppe zu strukturieren und damit effizienter zu gestalten („Plan" und „Act" gemäß Deming). Vorgestellt werden die folgenden Methoden:

- Durchführung einer Ablaufverbesserung nach Juran (s. Kap. IV.1)
- lösungsorientierte Qualitätsverbesserung (s. Kap. IV.2)
- Strategiewanderung: Veränderung nachhaltig initiieren (s. Kap. IV.3)

Literatur

Deming WE: Out of the Crisis. Cambridge: MIT Press 1982.

2 Instrumente zur systematischen Erfassung von Verbesserungspotenzialen – Nutzen und Vorgehen einer Selbstbewertung mit Fallbeispiel

Christine Kuch

Die *Zielsetzung einer auf Lernen und Entwicklung fokussierenden Selbstbewertung* besteht zunächst darin, dass man sich innerhalb der Organisation einen systematischen Überblick darüber verschafft, wo man im Augenblick in Bezug auf zuvor festgelegte Merkmale steht. Das mag lapidar klingen – schließlich weiß man doch, wie und wo man arbeitet. In der Arbeitsroutine wird jedoch das eine oder andere übersehen, und so können Selbstbewertungen überraschend blinde Flecken aufdecken.

Die Selbstbewertung kann anhand zuvor selbst festgelegter Qualitätsziele erfolgen (s. Kap. I.1), anhand derer man prüfen kann, inwieweit die eigenen Ziele bereits erreicht sind: Haben alle Mitarbeiter im Verlauf des letzten Jahres Gelegenheit zu einer externen Fortbildung bekommen? Sind während aller Teambesprechungen Protokolle angefertigt worden und wurden diese immer am Anfang der folgenden Sitzung überprüft? Sind sämtliche Beschwerden von Patienten gesammelt worden und wurden sie in gesonderten Treffen bearbeitet?

Man kann für eine Selbstbewertung auch auf vorhandene Selbstbewertungssysteme zurückgreifen (s. Anhang 3, Übersicht über QM-Systeme). Es empfiehlt sich dabei zu prüfen, inwieweit die in den einzelnen Systemen formulierten Merkmale zu den eigenen Vorstellungen guter Qualität passen, da sich diese unterscheiden: So wird beispielsweise in einer Selbstbewertung

nach dem EFQM-Modell auch nach den Ergebnissen einer Zufriedenheitsbefragung von Mitarbeitern oder Patienten gefragt, während alle anderen Systeme nur den Fokus darauf setzen, ob solche Befragungen überhaupt durchgeführt werden.

In einer Selbstbewertung nach dem QEP-Zielkatalog wird auch die Beschreibung von *Behandlungspfaden* abgefragt (mindestens 5 Behandlungspfade müssen hier beschrieben werden), während dies sonst nur in einer Selbstbewertung nach dem Katalog der Joint Commission gefragt wird (Informationen hierzu s. Link).

Einer der wichtigsten *Vorteile* einer solchen lernorientierten Selbstbewertung besteht darin, dass man unter Ausschluss der Öffentlichkeit einen „schonungslos" klaren Blick auf die eigene Organisation werfen kann. Darüber hinaus weiß man als Mitglied der Organisation, wo es in der Organisation „klemmen" könnte und ist mit diesem Detailwissen jedem Organisations-Fremden, der eine Bewertung durchführt, weit überlegen.

Nehmen an einer Selbstbewertung einer Praxis zudem (fast) alle Mitarbeiter und Praxisinhaber teil, werden, sozusagen nebenbei, unterschiedliche Perspektiven ausgetauscht und eine Diskussion über relevante Qualitätsfragen kann leicht initiiert werden. Dementsprechend sind auch die Akzeptanz und das Vertrauen der Mitarbeiter in die Validität der Ergebnisse bei einer Selbstbewertung höher anzusiedeln als bei einer Fremdbewertung. Die Durchführung einer Selbstbewertung hat ein enormes Potenzial, nachfolgende Qualitätsverbesserungen anzuregen.

Aufgabe 6 für anwendungsfreudige Leser

Nutzen Sie eine Teamsitzung, an der alle Ärzte und Mitarbeiterinnen teilnehmen, dafür, auf der Basis Ihrer formulierten Qualitätsziele (vgl. Aufgabe 5) zu bewerten: Wo stehen wir in Bezug auf die einzelnen Bereiche? Es empfiehlt sich, dass eine Mitarbeiterin einen Bogen mit den infrage kommenden Zielbereichen vorbereitet. Dieser wird zu Beginn verteilt, und jeder Teilnehmer nimmt eine individuelle Einschätzung vor. Wichtig dabei: Es geht hier um subjektive Sichtweisen, es gibt keine falschen Antworten! Anschließend werden die individuellen Einschätzungen offen ausgetauscht. Ermuntern Sie auch die Schüchternen, sich offen zu beteiligen. Zum Schluss stellen Sie zusammen: Wo stehen wir ganz gut da? Wo können wir uns verbessern? Was ist als nächstes zu tun?

Einer der *Nachteile* einer (ehrlichen) Selbstbewertung besteht folglich darin, dass sie sich meist kaum für Marketingzwecke eignet. Zudem kann die Validität positiver Ergebnisse in der (Fach-)Öffentlichkeit leicht angezweifelt werden.

Als relevanter Erfolgsfaktor für eine gelungene Selbstbewertung kann auch die von Pfaff (2004) beschriebene Fehlerkultur gelten: So führt die Aufdeckung von Mängeln zwar nicht mehr zu den mittelalterlichen physischen Konse-



quenzen, die „Boten schlechter Nachrichten" zu erleiden hatten, wohl aber müssen Mitarbeiter bei einer unzureichenden Fehlerkultur mit entsprechenden verbalen Attacken rechnen. Mitarbeiter, die davon ausgehen müssen, für Fehlerberichte an den Pranger gestellt zu werden (oder andere Kollegen an den Pranger stellen zu müssen), werden sich diesem Risiko kaum aussetzen. Insofern ist der Erfolg einer Selbstbewertung mit dem Ziel, schon Erreichtes herauszufinden *und* Verbesserungsoptionen zu entdecken, eng an die bestehende Führungskultur geknüpft.

Schließlich fehlt in der Selbstbewertung per definitionem die Außenperspektive, die Lernvorgänge in Bereichen anstoßen kann, an die man bislang kaum gedacht hat. Um diesen Mangel auszugleichen sind reine Selbstbewertungsverfahren oft an Benchmarking- bzw. Referenz-Systeme (s. Kap. III.6) gekoppelt. So kann man beispielsweise bei der EFQM erfahren, wie viele Punkte andere Unternehmen im Schnitt erzielen, und sich damit vergleichen. Bei Nutzung der Internationalen Maturity Matrix (s. Linksammlung), einem neuen, auf europäischer Ebene entwickelten Selbstbewertungsinstrument, wird die Selbstbewertung ebenfalls mit einem Benchmarking-Prozess verknüpft. Die Praxis erhält Rückmeldung dazu, wie sie in Bezug auf die zur Bewertung stehenden Dimensionen im Vergleich zum Durchschnitt und zu den besten der anderen teilnehmenden Praxen steht.

Eine *Fremdbewertung*, auf die an anderer Stelle (s. Kap. I.6) detaillierter eingegangen wird, dient in aller Regel der Kontrolle. Sei dies die Kontrolle der Einhaltung gesetzlicher Richtlinien oder, wie im Falle einer Zertifizierung, die Kontrolle der für das angestrebte Zertifikat erforderlichen Kriterien. Obwohl eine Fremdbewertung eine Reihe von Vorteilen bringen kann, ist sie in Bezug auf das hier avisierte Ziel des Lernens der Organisation eher nachteilig zu bewerten. Insbesondere bei Zertifizierungen kann beobachtet werden, dass vor der Zertifizierung eifrige „QM-Betriebsamkeit" besteht, die nach der Zertifizierung zum Erliegen kommt: „Wir haben doch jetzt das Zertifikat!" Dieser Effekt ist zwar psychologisch verständlich, aber in Hinblick auf ein kontinuierliches Lernen der Organisation eher dysfunktional.

Intelligente Fremdbewertungssysteme sind daher mit anderen, auf Lernen zielende Verfahren, gekoppelt. Ein solches System ist beispielsweise im „Berliner Transfusionsmodell" verwirklicht. Hier wurde eine gesetzlich vorgeschriebene Kontrollaufsicht als Selbst- und Fremdbewertungsverfahren, an das ein kollegialer Austausch der beteiligten Ärzte geknüpft ist, übersetzt. Das Verfahren ist in Kapitel VI.3 näher beschrieben.

Um eine Selbstbewertung in der Praxis möglichst optimal zu gestalten, sollten die folgenden Schritte beachtet werden:

2.1 Ablauf einer Selbstbewertung

1. Die Leitung ist überzeugt vom Nutzen einer Selbstbewertung und möchte damit organisationales Lernen anstoßen. Das bedeutet beispielsweise ganz

konkret, dass eine Mitarbeiterin für berichtete Missstände nicht gemaßregelt, sondern ihr für den Bericht gedankt wird. Oder auch, dass die leitende Ärztin auf einen Missstand aufmerksam macht, für den sie selbst mitverantwortlich ist.

2. Ein zu den eigenen Qualitätsvorstellungen passendes Selbstbewertungssystem wird ausgewählt und beschafft bzw. es wird selbst entwickelt
3. Ablauf und Verantwortlichkeiten für die anstehende Selbstbewertung werden festgelegt: Sind alle an der Bewertung beteiligt? Wer dokumentiert? Wer fasst die Daten zusammen? Was passiert mit den Ergebnissen? Wie wird nach der Selbstbewertung weiter vorgegangen?
4. Die Mitarbeiter werden über die anstehende Selbstbewertung informiert: Zielsetzung, Inhalte, Ablauf, Verantwortlichkeiten etc.
5. Die Selbstbewertung wird durchgeführt, z. B. an einem Mittwochnachmittag. Gegebenenfalls kann dabei eine externe, neutrale Moderation hilfreich sein, damit der Prozess unter Beteiligung aller Anwesenden, und zugleich effizient, durchgeführt werden kann und beispielsweise auch gegensätzliche Meinungen frei geäußert werden können.
6. Die Ergebnisse der Selbstbewertung werden zusammengefasst und im gesamten Team besprochen: Wo klappt es gut? An welchen Stellen besteht Verbesserungsbedarf? Was sollten wir zuerst ändern?
7. Ein Handlungsplan wird im Team entwickelt und umgesetzt.
8. Nach einer zuvor festgesetzten Zeit werden die umgesetzten Veränderungen evaluiert.
9. Gegebenenfalls werden nun noch Anpassungen vorgenommen, ansonsten wird der nächste Veränderungsbereich identifiziert, ein neuer Handlungsplan wird umgesetzt, evaluiert usw.
10. Die Selbstbewertung wird jährlich wiederholt, um erneut einen Blick über die *gesamte* Organisation zu erlangen und gegebenenfalls neue Handlungsfelder zu entdecken.

Die Durchführung einer Selbstbewertung wird nachstehend an einem Praxisbeispiel veranschaulicht.

Praxisbeispiel: Selbstbewertung und Benchmarking mit der Internationalen Maturity Matrix

Hausarztpraxen, die am Pilotprojekt der Internationalen Maturity Matrix (IMM, s. Linksammlung) teilnahmen, nahmen Kontakt mit der Leitung der von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung mitgeförderten deutschen Pilotstudie auf. Die Projektleitung klärte die Praxisinhaber darüber auf, dass die IMM in einem interaktiven Prozess zwischen Wissenschaftlern und Praktikern aus 12 europäischen Ländern entwickelt wurde und nun zur Erprobung, unter anderem in Deutschland, eingesetzt wird. Das Instrument zielt darauf, Weiterentwicklungsprozesse in Praxen anzustoßen. Es besteht aus sieben Dimensionen, denen jeweils eine sechsstufige Skala unterlegt ist, die einen zunehmenden organisationalen Entwicklungsstand einer Arztpraxis indizieren. Die Dimensio-



nen der IMM, denen eine systematische Übersichtsarbeit zu organisationalen Erfolgsfaktoren und deren Abstimmung mit Praktikern zugrunde liegt (Tapp et al. 2008), lauten wie folgt:

- Informationsbeschaffung und -nutzung
- Patientenunterlagen und Dokumentation
- Mitarbeiterführung und -orientierung
- Arbeit als Team
- Patientenorientierung
- Qualitätsverbesserung
- interne Regelungen und Ablaufbeschreibungen

Die Selbstbewertung mit der IMM beinhaltet eine eineinhalbstündige, extern moderierte Gruppensitzung des gesamten Praxisteams, d. h. neben Arzt bzw. Ärztin nehmen auch Med. Fachangestellte und weiteres Praxispersonal an der Sitzung teil. Im Rahmen der Sitzung füllt zunächst jeder Teilnehmende die IMM alleine aus, d. h. jeder schätzt ein, auf welcher der 6 Stufen die Praxis in Bezug auf die einzelne Dimensionen liegt. Im zweiten Schritt wird im Rahmen einer moderierten Diskussion eine gemeinsame Einschätzung im Konsens entwickelt. In einer nachfolgenden zweiten, etwa einstündigen Sitzung erhält die Praxis von der Moderatorin sogenannte Benchmarking-Ergebnisse: Das Konsensergebnis der Praxis wird in Bezug gesetzt zum Durchschnittsergebnis aller und zum Ergebnis der besten teilnehmenden Praxen. Auf diesem Vergleich aufbauend wählt das Praxisteam einen verbesserungswürdigen Bereich aus und erstellt gemeinsam mit der Moderatorin einen Aktionsplan zur Weiterentwicklung der Praxis.

Einige Rückmeldungen teilnehmender Praxen verdeutlichen, dass auch eine solche kurze und pragmatische Intervention deutlichen Nutzen für die Praxen ergeben kann:

„Ich bin sicher, für unsere Praxis ist daraus ein guter weiterer Gang in Richtung fortlaufender Selbstbewertung und gemeinsamer Problemlösung möglich." und „Sowohl vom eingehaltenen Zeitrahmen als auch vom inhaltlichen Anspruch und Ergebnis für uns und auch von der atmosphärischen Stimmung, so haben es mich die Anderen wissen lassen, gibt es nur positive Rückmeldungen. Mir persönlich hat besonders gut gefallen, wie alle Beteiligten von ihren jeweils teilweise sehr unterschiedlichen Voraussetzungen abgeholt wurden und alle in den Diskussionsprozess integriert wurden." Dr. med. Johannes Hauswaldt, Hannover

„Es war sehr angenehm und es gab eine fruchtbare Diskussion in der Praxis. Die Beteiligten waren sehr zufrieden." Dr. med. Johann Warns, Varel

„In der Praxis hat sich als ein Ergebnis der IMM folgendes ergeben. Die Helferinnen treffen sich nun regelmäßig (ca. 1-mal/Monat) unabhängig von den Teambesprechungen. Auf den Treffen der Helferinnen werden zum einen zwischenmenschliche Spannungen etc. besprochen, die Helferinnen erarbeiten jedoch auch unter sich Arbeitsabläufe und Vorgehensweisen, um ihre Arbeit

besser auf einander abstimmen zu können. Dies hat bereits zu deutlich weniger Reibungsverlusten (vor allem, da ja alle Helferinnen mehr oder weniger als Teilzeitkräfte arbeiten) geführt. Ein für mich positives Ergebnis. Hier hat sich die Teilnahme an der Pilotstudie auf jeden Fall gelohnt." Dr. Uwe Kurzke, Pellworm

Literatur

Pfaff H, Ernstmann N, Pritzbuer E von: Das Fehlerkultur-Modell: Warum gibt es im Krankenhaus keine Fehlerkultur? Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement 2004; 9/5: 271–273

Tapp L, Edwards A, Braspenning J, Grol R, Eriksson T, Kuch C, Elwyn G: Developing the International Family Practice Maturity Matrix – an organisational assessment tool for primary care. Project report 2008

Links

Informationen zur Internationalen Maturity Matrix

www.maturitymatrix.co.uk, Interessenten an der IMM können sich auch gerne an die Autorin, Frau Dr. Christine Kuch, wenden (kuch@medcoaching.de).

Informationen zum Qualitätszielkatalog von QEP

http://www.kbv.de/qep/qep.html

Informationen zum Katalog der Joint commission http://www.jointcommission.org/AccreditationPrograms/AmbulatoryCare/

3 Verbesserungsideen erfassen und nutzen: Betriebliches Vorschlagswesen und Beschwerdemanagement

Christine Kuch

Betriebliches Vorschlagswesen und Beschwerdemanagement sind aus Sicht des Qualitätsmanagements zwei Möglichkeiten, Ideen für Verbesserung zu generieren. Das betriebliche Vorschlagswesen richtet sich vor allem an Mitarbeiter, das Beschwerdemanagement vor allem an Patienten. Auf beide Verfahren wird nachstehend kurz eingegangen. Zunächst jedoch erfolgt an dieser Stelle in Tabelle 10 eine Übersicht, wie beide Verfahren entwickelt und eingerichtet werden können.

3.1 Betriebliches Vorschlagswesen

Das Betriebliche Vorschlagswesen zielt darauf, das Ideenpotenzial auch von Mitarbeitern der Basis und nicht nur von Leitungskräften einer Organisation zu nutzen. *Im Rahmen des betrieblichen Vorschlagswesens können Mitarbeiter Verbesserungsvorschläge einreichen und erhalten dafür Belohnungen*, die sowohl in Form von Geld- als auch Sachprämien erbracht werden. Man unterscheidet ein strukturiertes und ein unstrukturiertes Vorgehen für das betriebliche Vorschlagswesen.

Damit wird deutlich, dass das Betriebliche Vorschlagswesen eine Methode ist, die sich für größere Organisationen eignet und bei kleineren Organisationen, zu denen in aller Regel die Arztpraxis gehört, in der strukturierten Form wenig hilfreich ist. In einer Arztpraxis können einige Prinzipien des Betrieblichen Vorschlagwesens übernommen werden. Von einer individuellen Prämie, wie sie normalerweise im betrieblichen Vorschlagwesen vorgesehen ist,

Tab. 10 Vorgehen für die Entwicklung von Beschwerdemanagement oder betrieblichem Vorschlagswesen

Inhalt	Beteiligte/Verantwortlich	Zeitaufwand (maximal)
1. Zielsetzung klären: Was möchte man mit einem Beschwerdemanagement erreichen? Was soll der konkrete Nutzen sein? ODER Was möchte man mit einem Vorschlagswesen erreichen? Was soll der konkrete Nutzen sein?	Praxisleitung/ Vorstand, ggf. QM-Beauftragte	Tag 0 1. Sitzung à max. 1,5 Stunden
2. Verfahren entwickeln: Wie können Beschwerden erfasst werden? Beim Beschwerdemanagement zusätzlich: Wie soll konkret auf eine akute Beschwerde reagiert werden? Oder: Wie können Vorschläge eingebracht werden?	Projektteam	1 bis max. 3 Sitzungen
3. Verantwortlichkeiten festlegen (Wer bekommt den Hut dafür auf, dass das Verfahren umgesetzt wird? Wer ist für welchen Schritt verantwortlich?)	Projektteam	1 Sitzung für Ablaufschritte 3, 4 und 5
4. Umsetzung vorbereiten (Infomaterial erstellen, beim Beschwerdemanagement ggf. Mitarbeiterschulung planen etc.) und Evaluation planen (Wann müssen wir schauen, ob das Verfahren gut funktioniert? Wer macht das wie?)	Projektteam, Beauftragte	
5. Kommunikation planen: Wie erfahren Patienten vom Beschwerdemanagement? ODER Wie erfahren Mitarbeiter vom Beschwerdemanagement? Wer informiert wen wie und wann?	Projektteam	
6. Abschluss der Entwicklung, Beschluss und Start der Umsetzung in einer Pilotphase	Praxisleitung/ Vorstand	
7. Kommunikation des Vorhabens, ggf. Durchführung einer Mitarbeiterschulung beim Beschwerdemanagement	Praxisleitung/ Vorstand, Beauftragte	
8. Evaluation nach zuvor festgelegter Planung, ggf. Überarbeitung/Verbesserung des Verfahrens	QM-Beauftragte, ggf. Projektteam	
9. Beschluss des neuen Verfahrens	Praxisleitung bzw. Vorstand	
10. Start der Routine	Praxisleitung bzw. Vorstand	

ist jedoch dringend abzuraten: Der entstehende Wettbewerb innerhalb der Gruppe ist für das Team schädlich, die Zusammenarbeit leidet darunter und Konflikte sind vorprogrammiert. Stattdessen können hier Prämien für das gesamte Team vorgesehen werden, die das Team als ganzes belohnen (und neben dem motivierenden Effekt eine Unterstützung des Zusammenhaltes innerhalb der Gruppe fördern).

Bei der *strukturierten Form des betrieblichen Vorschlagswesens* ist festgelegt, wie und auf welchem Wege Vorschläge formuliert und zur Bearbeitung und Ent-



scheidung weitergeleitet werden. Zudem ist es für den Mitarbeiter auch ersichtlich, welche Prämie er für welchen Vorschlag, so er umgesetzt wird, erhalten kann: Meist werden festgelegte Prozentsätze beispielsweise der durch den Vorschlag eingesparten Kosten in Form von Sach- oder Geldprämien an die Mitarbeiter ausgeschüttet. Dieses Verfahren eignet sich insbesondere für große Organisationen, in denen der einzelne Mitarbeiter an der Basis keinen oder kaum Kontakt zu den Leitungskräften hat.

Bei der *unstrukturierten Form des betrieblichen Vorschlagswesens* können Mitarbeiter Vorschläge auf unterschiedlichste Art und Weise einbringen. Beispielsweise liegt ein Buch aus, in das man Ideen eintragen kann, im Computer existiert eine entsprechende Datei, ein Kasten ist aufgestellt, in den man Blätter mit schriftlichen Vorschlägen werfen kann. All diese Ideen werden in regelmäßigen „Ideen-Konferenzen" gemeinsam besprochen und ggf. nach Beschluss der Leitung umgesetzt. Dieses Vorgehen ist für Arztpraxen im Allgemeinen besser geeignet, weil Verbesserungspotenziale schnell erkannt und genutzt werden können. Um die Idee der Belohnungen zu übernehmen, können zum Beispiel die Verbesserungsideen gezählt werden, und dann kann nach dem 50. gemachten Vorschlag oder nach dem 10. umgesetzten Vorschlag ein kleines Fest, ein Ausflug, ein gemeinsames Abendessen anstehen. Wichtig dabei ist, wie schon oben kurz angesprochen, dass Belohnungen in einer kleinen Organisation an die gesamte Gruppe gerichtet sein sollten, da individuelle Leistungsprämien einer guten Zusammenarbeit im Team abträglich sind.

3.2 Beschwerdemanagement oder: Patientenbindung stärken

Im Beschwerdemanagement wird beschrieben, wie in der Praxis mit Beschwerden von Kunden, in erster Linie mit Beschwerden von Patienten, umgegangen wird. Zudem wird geregelt, wie mit den gesammelten Verbesserungsvorschlägen zu verfahren ist.

Basis eines funktionierenden Beschwerdemanagements ist es, dass Beschwerden von Patienten (aber auch von allen anderen internen und externen Kundengruppen) ernst genommen und nicht als lästige Nörgelei abgetan werden. Lange Wartezeiten, Missverständnisse, unklare Angaben, Schmerzen – all das kann dazu führen, dass Patienten ungehalten reagieren.

Die *grundlegende Idee* des Beschwerdemanagements ist es, dass diese Reaktionen Hinweise auf Qualitätsprobleme darstellen. Beschwerden sind insofern wertvolle Hinweise, die man „frei Haus" erhält. Außerdem bieten sie Anlass, bei einem unzufriedenen Patienten wieder Zufriedenheit herzustellen und damit die Bindung des Patienten an die Praxis massiv zu erhöhen. Darüber hinaus ist es vorteilhaft, wenn Patienten ihre Beschwerde in der Praxis aussprechen, anstatt sie mit nach außen zu tragen und im Bekanntenkreis zu kommunizieren. Zumindest dort, wo Konkurrenz herrscht, ist jede Beschwerde, die nicht als Mundpropaganda die Runde macht, wertvoll.

Ein *weiteres Ziel* des Beschwerdemanagements ist es, Mitarbeiter beim Umgang mit Beschwerden zu entlasten. In der Regel sind es die Mitarbeiter, die die Beschwerden „abbekommen“. Ein abgestimmtes Verfahren, das dem Mitarbeiter auch möglichst weitreichende Kompetenzen gibt, auf Beschwerden zu reagieren, gibt Sicherheit. Es hilft damit auch einem möglicherweise gereizten Mitarbeiter, ruhiger zu reagieren und damit erfolgreicher im Umgang mit der Beschwerde zu werden.

Das Beschwerdemanagement in einer Praxis umfasst:

- eine Vorgehensbeschreibung für den Umgang mit einer Beschwerde in der Praxis,
- eine Auswertung eingegangener Beschwerden und der darauf folgenden Konsequenzen (Beschwerdestatistik) und
- eine abgestimmte Strategie zum Umgang mit aktuellen Beschwerden im Gespräch.

Vorgehensbeschreibung für den Umgang mit einer Beschwerde in der Praxis

Für ein solches Vorgehen wird zum einen vereinbart, wie in der Praxis mit mündlichen bzw. mit schriftlichen Beschwerden umgegangen werden soll. Dabei können die folgenden Fragen beantwortet werden, nachdem man sich in die Rolle einer Person versetzt, die sich gerade beschwert:

- Wie werden die Beschwerden erfasst? Das schriftliche Aufnehmen einer Beschwerde unterstreicht die Relevanz, die man der Beschwerde zuschreibt. Zudem sichert eine einheitliche Aufnahme, dass keine relevanten Punkte vergessen werden.
- Gibt es unterschiedliche Gruppen von Beschwerden, mit denen unterschiedlich umgegangen werden sollte?
- Wann bekommt die Praxisleitung oder der Beschwerdebeauftragte die Beschwerde zur Entscheidung über das weitere Vorgehen vorgelegt?
- Welche Konsequenzen werden bei welchen Beschwerden ergriffen?
- Wie und wann erfährt der Beschwerdeführer von nachfolgenden Aktionen?
- Wie und von wem wird der Erfolg der ergriffenen Maßnahmen erfasst?

Zudem wird vereinbart, wie Mitarbeiter Beschwerden aufnehmen, die sie nur indirekt hören, etwa dadurch, dass sich zwei Patienten unterhalten.

Auswertung eingegangener Beschwerden und der darauf folgenden Konsequenzen (Beschwerdestatistik)

Es wird vereinbart, nach welchen Kriterien die Dokumentation der Beschwerden, mindestens einmal jährlich, von dem Qualitätsmanagementbeauftragten ausgewertet werden soll. Beispiele dafür sind:

Anzahl der Beschwerden, Art der Beschwerden (häufige Beschwerden?), Anteil erfolgreich bearbeiteter Beschwerden, Anteil von Patienten, die sich



beschwert haben und weiterhin Patienten der Praxis sind, Art und Anzahl von auf Basis von Beschwerden erfolgreich umgesetzter Verbesserungen, Qualität des Umgangs mit Beschwerden aus Sicht der Mitarbeiter und aus Sicht der Praxisleitung usw.

Die Auswertung wird in einer Teambesprechung diskutiert und etwaige Konsequenzen werden vereinbart (z. B. Bearbeitung häufiger Beschwerden, Reflexion des Verhaltens der Praxisleitung).

Strategie zum Umgang mit aktuellen Beschwerden im Gespräch

Der Umgang mit Beschwerden stellt eine gewisse Herausforderung dar, da diese meistens dann erfolgen, wenn die eigene Belastung hoch ist. Daher sollte ein Vorgehen vereinbart werden, an das sich alle halten können. Deutlich bewährt hat sich das nachstehend beschriebene Vorgehen der *„Drei lösungsorientierten Kniffe zum Umgang mit Beschwerden“* (Kuch 2008):

1. ausreden lassen und *zuhören*
   - (falls notwendig) Konflikt/Missstimmung/Unzufriedenheit/… ansprechen(!)
   - Beschwerdeführer ausreden lassen und: Zuhören! Wenn ein Beschwerdeführer zu einem späteren Zeitpunkt im Gespräch wieder anfängt, sich zu beschweren, heißt das nur, dass er vorher nicht vollständig ausgesprochen hat – einfach wieder abwarten, zuhören und von neuem starten!
2. Verantwortung übernehmen und *nicht rechtfertigen*
   - entschuldigen (bei eigenem Verschulden), Verständnis äußern (das ist eine unangenehme Situation), Danken (Danke, dass Sie mir das sagen)
   - nicht rechtfertigen, nicht auf der Sachebene argumentieren (Sparen Sie sich Begründungen („Wir haben gerade so viel zu tun.“, „Die andere Ärztin ist in Urlaub, …“), sie heizen die Stimmung an dieser Stelle nur auf.)
3. Lösungsvorschläge *erfragen* und Umsetzung sicherstellen
   - Lösungsvorschläge erfragen (In diesem Schritt übernimmt der Beschwerdeführer Verantwortung für die Lösung. Schlägt er unrealistische Lösungen vor, kann man darauf verweisen, dass man leider *sofort* zu dieser Lösung *nicht* in der Lage sei, die Idee *aber aufnehmen* und eine Umsetzung prüfen werde. Anschließend erfragt man *wieder* einen Lösungsvorschlag!)
   - auf der Basis der Lösungsvorschläge des Beschwerdeführers konkrete Lösungen anbieten und deren Umsetzung vereinbaren

Kurz und knapp heißt das also: Den Beschwerdeführer ausreden lassen (vollständig, notfalls auch einfach mal bis 20 zählen), entschuldigen oder Verständnis äußern, danken für die Äußerung und sofort danach fragen, was aus Sicht des

Beschwerdeführers eine gute Lösung wäre. Abschließend gemeinsam eine umsetzbare Lösung vereinbaren.

Die nachstehende Aufgabe soll den Leserinnen und Lesern die Möglichkeit geben, im Team dieses Vorgehen auszuprobieren

Aufgabe 7 für anwendungsfreudige Leser

„Umgang mit Beschwerden“

Bitte setzen Sie sich (jeweils) zu dritt zusammen. Klären Sie, wer:

– sich aktiv beschweren möchte,

– lösungsorientiert mit dieser Beschwerde umgehen möchte,

– den Ablauf des Gesprächs beobachten möchte, insbesondere in Hinblick auf die Beachtung der drei Kniffe!

Definieren Sie nun die Situation, in der einer der Beteiligten eine Beschwerde vorbringen möchte: Wie sieht die Situation aus? Wer sitzt/steht wo? Wer ist konkret beteiligt?

Stellen Sie sich bitte kurz auf die Situation ein, bevor Sie „loslegen“. Schlüpfen Sie ganz in Ihre Rolle! Beschwerdeführer: Sind Sie richtig sauer? Beschwerdeempfänger: Wollen Sie das Problem wirklich lösen? Beobachter: Wie sieht der erwartete Prozess aus?

Und dann geht es los, der Beschwerdeempfänger kann zur Unterstützung auch von einem Zettel mit den drei Kniffen „spicken“.

Anschließend bringt zunächst der Beschwerdeempfänger vor,

a) was ihm alles schon gut gelungen ist,

b) was er ggf. beim nächsten Mal ganz konkret anders machen möchte.

Dann gibt der Beschwerdeführer an,

a) was aus seiner Sicht gut gelungen ist und wie er sich dabei gefühlt hat,

b) was ihm beim nächsten Mal ganz konkret noch gut tun würde.

Abschließend können der oder die Beobachter noch bislang nicht genannte Ergänzungen abgeben,

a) was aus ihrer Sicht gut gelungen ist,

b) was beim nächsten Mal ganz konkret anders gemacht werden sollte.

Literatur

Kuch C: 3 lösungsorientierte Kniffe zum Umgang mit Beschwerden. Materialsammlung zur Vorkonferenz der SOLworld International Link-up. Köln 2008

4 Prozessmessung

Julia Bellabarba

„Another approach to the assessment is to examine the process of care itself rather than its outcomes. (…) This approach requires that a great deal of attention be given to specifying the relevant dimensions, values and standards to be used in assessment. The estimates of quality that one obtains are less stable and less final than those that derive from the measurement of outcomes. They may, however, be more relevant to the question at hand: whether medicine is properly practiced." Donabedian (1966)

Das Konzept des Qualitätsmanagements beruht auf der Grundannahme, dass Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität aufeinander aufbauen (s. Kap. I.1). In den typischen Prozessen der Gesundheitsversorgung werden die diagnostischen und therapeutischen Kernleistungen erbracht. Jeder Prozess kann in einzelne Prozeduren zerlegt werden. Medizinische Prozesse sind unterschiedlich gut beherrschbar. Die Anforderung an den Grad der Prozessbeherrschung zu definieren ist Teil der Qualitätsplanung, indem für jeden Prozess Qualitätsziele definiert werden. Dieses ist wesentlicher Bestandteil des prozessorientierten Qualitätsmanagements, wobei Prozesskennzahlen (Indikatoren) zur Bewertung der Prozessqualität herangezogen werden.

Indikatoren: Ein Indikator ist ein quantitatives Maß, welches zum Monitoring und zur Bewertung der Qualität wichtiger Leitungs-, Management-, klinischer und unterstützender Funktionen genutzt werden kann, die sich auf das Behandlungsergebnis beim Patienten auswirken. Ein Indikator ist kein direktes Maß der Qualität. Es ist mehr ein Werkzeug, das zur Leistungsbewertung benutzt werden kann, das Aufmerksamkeit auf potenzielle Problembereiche lenken kann, die einer intensiven Über-

prüfung innerhalb einer Organisation bedürfen könnten. (Aus: GMDS-AG „Qualitätsmanagement in der Medizin")

Nach der RUMBA-Regel (Blumenstock 1994) muss ein Qualitätsindikator folgende Voraussetzungen erfüllen:

- **R**elevant for the selected problem (repräsentativ)
- **U**nderstandable for providers and patients (verständlich)
- **M**easurable with high reliability and validity (valide messbar)
- **B**ehaviourable i. e. changeable by behaviour (beeinflussbar)
- **A**chievable and feasible (praktikabel)

Außerdem sollten Qualitätsindikatoren eindeutig dokumentierbar und wenn möglich EDV-gestützt erfassbar sein. Die Festlegung der Indikatoren kann normativ auf Richtlinien oder Leitlinien beruhen, empirisch auf klinischen Studien beruhen oder im Konsens mit der Praxisleitung und dem -team festgelegt werden. Prozesse in einer ärztlichen Praxis lassen sich auch in Kern-, Führungs-, Unterstützungsprozesse und ausgegliederte Prozesse unterscheiden.

Kernprozesse: die eigentlichen Wertschöpfungsprozesse der Praxis

- Terminierung (Indikatoren: z. B. die Anzahl der Fehler bei der Patienteneinbestellung, Anzahl der Probleme mit der Raumnutzung, Wartezeit)
- Behandlungsvorbereitung (Indikatoren: z. B. die Zeit, die benötigt wird, um ein Behandlungszimmer vollständig zu richten, die Anzahl von Fehlern bei der Vorbereitung)
- Anamnese (Indikatoren: z. B. die Anzahl und die Aktualität der Erhebungsinstrumente, die Anzahl beschwerdenrelevanter Fragebögen)
- Diagnose (Indikator: z. B. Anzahl der Fehldiagnosen)
- Behandlung (Indikator: z. B. Anzahl der Fehlbehandlungen)
- Option: Überweisung (Indikatoren: z. B. Anzahl der positiven Rückmeldungen der Patienten, die Anzahl der Fälle, die „zu spät" zur fachärztlichen Weiterbehandlung überwiesen wurden)

Führungsprozesse: Planung und Umsetzung der Praxisziele

- Planung von Prozessen und Ressourcen
- Bereitstellung der Ressourcen
- Mitarbeiterförderung
- interne Kommunikation, Information
- Messung, Datenanalyse, Controlling
- Fehlermanagement
- ständige Verbesserung



Unterstützende Prozesse

Unterstützende Prozesse sind für die Funktionsfähigkeit der Kernprozesse entscheidend, tragen aber nur indirekt zur Wertschöpfung bei.

- Verwaltung (der Akten, der Personalunterlagen, usw.)
- Abrechnung
- Einkauf
- Warenwirtschaft
- Wartung
- Instandhaltung
- Hygiene
- Messmittelüberwachung

Ausgegliederte Prozesse

Ausgegliederte Prozesse sind über Schnittstellen mit der Praxis verbunden, erfolgen jedoch außerhalb der Praxis.

- Krankenhäuser (Indikatoren: Anzahl der Patienten, die in der empfohlenen stationären Einrichtung ankommen, Zufriedenheit der Patienten mit der stationären Einrichtung im Sinne eines guten „matchings")
- andere Ärzte (Indikatoren: Anzahl der Patienten, die bei dem empfohlenen Arzt zur Mit- und Weiterbehandlung ankommen, Zufriedenheit der Patienten mit dem empfohlenen Arzt im Sinne eines guten „matchings")
- Krankenkassen
- andere Leistungserbringer

In der ambulanten Regelversorgung wurde Prozessmessung vor allem bei den Behandlungspfaden, bei der Integrierten Versorgung und bei den DMPs eingeführt. Integrierte Behandlungspfade bilden eine Teilmenge der Kernprozesse einer Gesundheitseinrichtung. Diese zeichnen sich neben den generellen Prozesseigenschaften und geeigneter organisatorischer Strukturierung durch einen höheren Detaillierungsgrad medizinischer Inhalte (Pfadeinschlusskriterien, Pfaddefinition, Pfadziele), und durch explizite Implementierung von Leitlinien, und deren Dokumentation aus. Integrierte Behandlungspfade sind insbesondere ein Instrument zur Optimierung der intersektoralen Versorgung. Zum Teil sind sie schon Bestandteil von Verträgen zur integrierten Versorgung. „Strukturierte Behandlungsprogramme" (Disease Management Programme) sind speziell zur systematischen und koordinierten Behandlung chronisch Kranker entwickelt worden mit dem Ziel, sektorübergreifend den Behandlungsablauf und das Anforderungsprofil der medizinischen Versorgung festzulegen und zu verbessern. DMP sind bisher für Diabetes mellitus (I und II), Koronare Herzerkrankung, Brustkrebs, Asthma bronchiale und chronisch obstruktive Lungenerkrankungen (COPD) erarbeitet worden. Hierbei werden Behandlungsmethoden eingesetzt, die in wissenschaftlichen Studien auf

Wirksamkeit, Sicherheit und Nutzen – nach Kriterien der evidenzbasierten Medizin – überprüft worden sind. Daneben sind Prozessmessungen selbstverständlich auch bei anderen Prozessen sinnvoll und möglich, z. B. in Bezug auf die Terminvergabe (Wartezeit auf Termin sowie Wartezeit in der Arztpraxis).

Es ist für eine Praxis zunächst vollkommen ausreichend, jährlich nur wenige Kennzahlen zu erfassen. Es ist allerdings wichtig, die Prozesse zu identifizieren, deren Veränderung, d. h. Verbesserung den größtmöglichen Nutzen für die Praxis haben. Die Praxisleitung kann sich in diesem Zusammenhang das Pareto-Prinzip zu Eigen machen: Es besagt, dass sich viele Aufgaben mit einem Mitteleinsatz von ca. 20 % so erledigen lassen, dass 80 % aller Probleme gelöst werden (Koch 1998). Die Diskussion im Team kann durch folgende Fragen geleitet werden:

- Welches sind unsere wichtigsten (häufigsten) Prozesse?
- Wo treten zurzeit Komplikationen auf?
- In welchen Bereichen wollen oder müssen wir uns verbessern?
- Was ist unsere Motivation, uns zu verbessern?
- Welche Daten sollen erhoben werden?
- Wie sollen die erhobenen Daten dokumentiert werden?
- Wer erhebt was?
- Wann erfolgt die erste Erhebung („Baseline"), wann die zweite Erhebung?
- Welcher Zeitraum ist für das gesamte Projekt vorgesehen?
- Beschreibung der Vorgehensweise anhand des PDCA Zyklus (s. Abb. 5 in Kap. III.1)

Zur Veranschaulichung geben wir eine Reihe typischer Probleme vor und zeigen beispielhaft auf, welche Indikatoren erhoben werden können, um Ist- und Soll-Zustand zu dokumentieren.

Prozess 1: Die Wartezeiten in der Praxis sind zu lang.
Indikatorenbeispiele:

- Messung der Wartezeit (objektiv).
- Befragung der Patienten (gefühlte Wartezeit, bzw. subjektive Zufriedenheit). Trotz der Vorgabe von einheitlichen Zumutbarkeitswerten (30 Minuten), ist die Bewertung durch die Patienten nicht einheitlich. Patienten empfinden die Wartezeit in Abhängigkeit von ihren Erwartungen, von ihrem Zustand und von der Situation im Wartzimmer als sehr unterschiedlich.

Prozess 2: Die Unterlagen der Klinik liegen der Praxis nicht vor wenn sie gebraucht werden.
Indikatorenbeispiel:

- Dauer zwischen Anforderung und Eintreffen der Unterlagen wird dokumentiert



Prozess 3: Es nehmen zu wenige Patienten an den Schulungsangeboten der Praxis teil.
Indikatorenbeispiele:

- Anzahl der Patienten, die an Schulungen teilnehmen
  - Baseline (vor Prozessverbesserung)
  - nach expliziter, ausführlicher Aufklärung durch den Arzt
  - nach expliziter, ausführlicher Aufklärung durch eine Mitarbeiterin
  - nach schriftlicher Einladung

Literatur

Bellabarba J: AQUIK: Qualitätsindikatoren und Kennzahlen in der ambulanten Kinder- und Jugendpsychiatrie. Forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie 2009; in print

Donebedian A: Evaluating the quality of medical care. Milbank Memorial Fund Quartely 1966; 44: 166–203

Füermann T, Dammasch C: Prozessmanagement. Anleitung zur Steigerung der Wertschöpfung, 2. Aufl. München: Hanser 2002

Grawe K, Baltensberger C: Die Figurationsanalyse. Ein Konzept und Computerprogramm für die Prozess- und Erfolgsevaluation in der Therapiepraxis. In: Lairaiter A-R, Vogel H(Hrsg.): Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung. Tübingen: DGVT-Verlag 1998

Koch R: Das 80/20-Prinzip. Mehr Erfolg mit weniger Aufwand. Frankfurt/M.: Campus 1998

Mainz J (Hrsg.): Using Performance Measurement to Improve the Quality and Safety of Health Care. International Journal for Quality in Health Care 2004; 16 (Suppl. I): i1–i71

Links

www.azq.de
www.kbv.de/aquik.html

5 Outcomemessung

Christine Kuch

Grundsätzlich ist mit dem Begriff Outcome im medizinischen Sprachgebrauch das Ergebnis einer Behandlung gemeint, das man durch die Definition relevanter Ziele und entsprechender Indikatoren bewerten kann. Der Begriff Outcome bezeichnet somit die Ergebnisqualität der medizinischen Versorgung.

Eine eigene Auswertung von Übungsaufgaben in QM-Lehrgängen zur Definition guter Qualität (Kuch 2007) zeigt, dass die meisten Teilnehmenden auf die Frage, was gute Qualität in der Medizin bedeutet, am häufigsten Kriterien der Prozessqualität (z. B. gute Kommunikation zwischen unserem MVZ und Krankenhaus) nennen, an zweiter Stelle Ergebnisqualitätskriterien (z. B. hohe Patientenzufriedenheit) und an dritter Stelle, eher selten, Strukturqualitätsindikatoren (fachlich kompetentes Personal).

Fragt man dagegen nach Qualitätsproblemen, so werden Probleme, die die Strukturqualität betreffen, an erster Stelle genannt (z. B. zu wenig Personal bzw. Schwierigkeiten, gutes Personal zu finden), dann folgen Prozessqualitätsprobleme (z. B. lange Wartezeiten, schlechte Erreichbarkeit der Krankenhausärzte). Probleme in Bezug auf die Ergebnisqualität werden nur selten genannt, und wenn, dann beziehen sie sich auf die Unzufriedenheit der Mitarbeiter oder auf ein als zu gering bewertetes Einkommen.

Kurzgefasst spielt die Ergebnisqualität bei der Definition guter Qualität zwar eine große Rolle, bei der (spontanen) Nennung von Qualitätsproblemen scheint jedoch die auf das Behandlungsergebnis bezogene Ergebnisqualität unbedeutend.

Dieses Ergebnis könnte so interpretiert werden, dass relevante Probleme in Bezug auf die Ergebnisqualität nur selten auftreten, zumindest aus Sicht der hier befragten „Health Professionals“. Dafür spricht, dass die medizinische

Versorgung in Deutschland insgesamt häufig „gute Noten" bekommt: 59 % der in einer Umfrage des Instituts für Demoskopie Allensbach und der Bundesärztekammer befragten 1773 Bundesbürger bewerteten die Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems als „gut" oder „sehr gut" und sogar 80 % der befragten 517 Ärzte bewerten die aktuelle Gesundheitsversorgung in Deutschland als „gut" oder „sehr gut" (MLP Gesundheitsreport 2008), auch 2750 Studierende der Medizin geben in einer Online-Umfrage der eigenen ärztlichen Versorgung gute Schulnoten (2,4) (Osenberg 2008).

Eine andere Möglichkeit der Interpretation der Ergebnisse ist die, dass man über entsprechend relevante Probleme in Bezug auf die Ergebnisqualität in einem Seminar ungern spricht, sie aber ungeachtet dessen bestehen. Dafür spricht, dass in der gleichen Allensbacher Umfrage die Befragten zu rund 60 % angaben, die Qualität der Gesundheitsversorgung habe sich verschlechtert. Bestehende Qualitätsprobleme werden auch bei einer internationalen Studie aufgezeigt, in der aus Deutschland 867 Patienten mit zumindest einer der folgenden chronischen Erkrankungen teilnahmen: Bluthochdruck, Herzerkrankung, Diabetes, Arthritis, Lungenerkrankungen, Depression oder Krebs (Schoen et al. 2008). Demnach meinen 51 % der befragten deutschen Patienten, dass grundlegende Veränderungen im Gesundheitssystem notwendig sind, 26 % sind sogar der Meinung, dass das Gesundheitssystem grundlegend neu aufgebaut werden müsste und nur 21 % geben an, dass nur kleinere Änderungen notwendig seien. Einzig die befragten US-Amerikaner bewerteten ihr Gesundheitssystem (geringfügig) schlechter. Die Befragten aus Großbritannien, Frankreich, den Niederlanden, Australien, Kanada und Neuseeland bewerteten ihr Gesundheitssystem in Bezug auf diese Fragestellung besser.

Schließlich besteht eine dritte Möglichkeit der Interpretation seltener Berichte von Problemen in Bezug auf die als wichtig bewertete Ergebnisqualität: Die Relevanz der Ergebnisqualität ist zwar theoretisch klar, aber in der täglichen Praxis sind die Schwierigkeiten, die sich aus Struktur- oder Prozessproblemen ergeben, spürbarer als Probleme in der Ergebnisqualität. Man erfährt im Alltag der ambulanten Medizin zu wenig systematisch und valide über das, was „hinten herauskommt". Demgegenüber gibt es im stationären Bereich bereits eine Reihe entsprechender Programme, wie z. B. die BQS oder das Programm der Helios-Kliniken (s. Links).

Das Anliegen dieses kurzen Kapitels ist es, Lust darauf zu machen, sich im Alltag stärker mit der Ergebnisqualität auseinanderzusetzen, und diese stärker in den Fokus zu rücken. Denn, wie Donebedian schon 1966 formulierte

> *„... Ergebnisse bleiben im Großen und Ganzen die ultimative Beurteilungsebene für die Wirksamkeit und Qualität der medizinischen Versorgung ..." Es lohnt sich, da genauer hinzuschauen, denn Indikatoren wirken wahrnehmungsstrukturierend und verhaltensregulierend (vgl. Watzlawick 1999; von Foerster et al. 2006).*

Was bedeutet das? Wenn ich definiere, dass ein relevanter Ergebnisindikator beispielsweise bei der Depressionsbehandlung das krankheitsbezogene Wissen



des Patienten ist, dann werde ich stärker darauf achten, auf welchem Kenntnisstand dieser in Bezug auf seine Erkrankung steht und ich werde eher Interventionen zur Verbesserung dieser Kenntnis umsetzen. *„Das habe ich aber doch sowieso im Kopf!“* wird der eine oder andere denken. *„Sicher“*, könnte man darauf sagen, *„und man kann sogar davon ausgehen, dass, hoffentlich, noch sehr viel mehr „im Kopf ist“*. Die explizite Definition dessen, was genau als Ergebnis erzielt werden soll, führt nicht nur zur Festlegung, was besonders wichtig ist. Es führt gleichzeitig auch dazu, dass man definiert, was *nicht* relevant ist. Mit dieser Abgrenzung wird das Verhalten eindeutiger in die ein oder andere Richtung reguliert. Man unterhält sich darüber, was wichtig ist und was weniger. Man klärt in diesem Zusammenhang die eigenen Werte und Vorstellungen mit denen der anderen Kollegen und ggf. auch mit Mitarbeitern ab. Denn diese Werte sind es, die die persönliche Gewichtung der Indikatoren steuern. Und was da möglicherweise wie „unnützes Gerede“ anmutet, fördert zielgerichtetes, bewusstes Handeln. Es fördert, dass tatsächlich „alle an einem Strang ziehen“.

Zudem kann die explizite Definition von Ergebnisqualitäts-Indikatoren die Patientenorientierung mit Leben füllen, indem die Patientenperspektive in die Indikatorendefinition einbezogen wird (vgl. Kap. IV.1 zur Qualitätsplanung).

Studien zeigen, dass Ärzte und Patienten unterschiedliche Angaben zu relevanten Zielen der Behandlung machen (z. B. Zschocke et al. 2005; Hapkemeyer et al. 2008). Somit kann der patientenseitige Nutzen nur vom Patienten verlässlich bewertet werden. Wenn aus Sicht von Patienten wichtige Indikatoren guter Ergebnisqualität mit berücksichtigt werden, und somit tatsächlich patientenrelevante Ergebnisse im Fokus stehen, wird dies zwangsläufig zu einer Verbesserung der Qualität aus Patientensicht führen. Gemäß der Definition der seit vielen Jahren in dem Bereich der stationären Outcomeerfassung und -rückmeldung tätigen schweizerischen Institution „Verein Outcome“ sind Outcome- Messungen „Ergebnis-Qualitätsmessungen, die hauptsächlich auf Rückmeldungen der Patienten basieren“ (s. Linksammlung). Demgegenüber versteht man unter dem Begriff „Outcome“ bei Wikipedia das Verständnis, entsprechende Indikatoren seien „meist in der physikalischen Realität vorhanden und beobachtbar“, so seien z. B. Komplikationsrate, Laborparameter oder Befunde relevant. Dies macht deutlich: Die Outcomeerfassung alleine macht die Praxis nicht „patientenorientierter“ – will man dieses Ziel erreichen, muss man dabei die Patientenperspektive berücksichtigen.

Schließlich besteht für die Fokussierung auf die Ergebnisqualität ein drittes, gewichtiges Argument: Man muss kein Prophet sein, um anzunehmen, dass der Pay-for-performance-Ansatz in den nächsten Jahren in der Medizin eine zunehmende Rolle spielen wird: Statt also nicht mehr für eine Leistung als solche bezahlt zu werden, wird das Ergebnis der Leistung bei der Finanzierung berücksichtigt. Schon 2007 kündigte die Kassenärztliche Bundesvereinigung entsprechende Pläne an (Ärzte Zeitung, 4. Mai 2007). Ab 2009 stellt sie mit Ergebnissen des Projekts „Ambulante Qualitätsindikatoren und Kennzah-

len – AQUIK“ ein Set an Qualitätsindikatoren zur Verfügung, das auf international erprobten Indikatorensets basiert und in deutschen Pilotpraxen getestet wurde. Das Set enthält neben Indikatoren der Prozessqualität auch solche zur Ergebnisqualität. Man ist also gut beraten, sich möglichst frühzeitig in stärkerem Ausmaß mit der Ergebnisqualität auseinander zu setzen.

Grundsätzlich empfiehlt es sich bei medizinischen Indikatoren auf vorhandene Entwicklungen zurückzugreifen (s. Linksammlung), oder diese zumindest bei der Entwicklung neuer Indikatoren-Sets zu berücksichtigen. Neue Indikatoren-Sets müssen in einem Prä-Test erprobt werden, damit zumindest die gröbsten Anpassungen vorgenommen werden können, bevor die Messung in die Routine übergeht.

Neben medizinischen Outcome-Kriterien, die die Behandlungsergebnisse erfassen, kann eine Praxis zudem deutlich davon profitieren, wenn auch organisationsbezogene Ergebnisindikatoren in die Messung mit aufgenommen werden. Bei der Auswahl der Bereiche kann man sich zum Beispiel an der Balanced Scorecard (Kaplan und Norton 1992) orientieren, um über rein medizinische Indikatoren hinaus auch Indikatoren für die Unternehmensführung zu integrieren. Diese basieren auf dem grundsätzlichem Qualitätsverständnis der Praxis und den damit verknüpften Strategien:

- Indikatoren zur Kundenperspektive (z. B. Patientenzufriedenheitsscore erfasst mit einem validen Fragebogen, z. B. Deutscher Ärzteverlag, Anzahl neuer IV-Verträge mit gleichen Krankenversicherern, usw.)
- Indikatoren zum Bereich der Finanzen (z. B. Umsatz gesamt, Ausgaben für den Einkauf von Verbrauchsmitteln, Anteil an Privatpatienten)
- Indikatoren zu zentralen Prozessen (z. B. Wartezeit auf Behandlungstermin, Dauer der Erstellung von Gutachten, Dauer der administrativen Abrechnung)
- Indikatoren zu Mitarbeitern, Innovation und Entwicklung (z. B. Mitarbeiterzufriedenheit, Fortbildungstage pro Jahr pro Mitarbeiter, Anzahl umgesetzter Verbesserungsvorschläge pro Quartal)

Aufgabe 8 für anwendungsfreudige Leser

Überprüfen Sie die in Aufgabe 5 formulierten Qualitätsziele Ihrer Praxis: Sind alle Bereiche abgedeckt?

- Kundenperspektive
- Finanzen
- Zentrale Prozesse
- Mitarbeiter, Innovation und Entwicklung

Ergänzen Sie, gemeinsam mit Kollegen und evtl. auch Mitarbeiterinnen, fehlende Indikatoren!

Zur Unterstützung können Sie weitere Infos zur Balanced Scorecard nutzen (s. www.balanced-scorecard.de).



Literatur

Donebedian A: Evaluating the quality of medical care. Milbank Memorial Fund Quartely 1966; 4: 155–64

Foerster H von, Glasersfeld E von, Hejl PM: Einführung in den Konstruktivismus. 9. Auflage. München: Piper 2006

Hapkemeyer J, Dresenkamp A, Soellner R: Patientensicht zur Qualität in der Psychotherapie. Psychotherapeut 2008; 53; 3: 206–212

Kaplan RS, Norton DP: The balanced scorecard: measures that drive performance. Harvard Business Review 1992; Jan – Feb: 71–80

Kuch C: Definitionen guter Qualität. Eine Sammlung von Angaben von Teilnehmerinnen und Teilnehmern in Qualitätsmanagement-Seminaren. Unveröffentlichtes Manuskript 2007

Osenberg D: Nach dem Studium – Zukunftsplanung und Erwartungen der Kollegen von morgen. Vortrag vom 15.06.2008 in Baierbrunn

Schoen C, Osborn R, How SKH, Doty MM, Peugh J: In Chronic Condition: Experiences of Patients with Complex Health Care Needs in Eight Countries. Health Affairs Web Exclusive 2008

Watzlawick P: Die erfundene Wirklichkeit. Wie wissen wir, was wir zu wissen glauben? 25. Aufl. München: Piper 1999

Zschocke I, Hammelmann U, Augustin M: Therapeutischer Nutzen in der dermatologischen Behandlung. Hautarzt 2005; 56: 839–846

Links

Medizinische Ergebnisqualität:
KBV Projekt „Ambulante Qualitätsindikatoren und Kennzahlen – AQUIK“
http://www.kbv.de/aquik.html

Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung: Qualitätsindikatorendatenbank
http://www.bqs-qualitaetsindikatoren.de/

Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung: QUALIFY: Instrument zur strukturierten Bewertung von Qualitätsindikatoren im Gesundheitswesen
http://www.bqs-online.com/public/leistungen/qualify

Helios Kliniken GmbH (in Zusammenarbeit mit der AOK): QSR Qualitätsindikatoren (Qualitätssicherung mit Routinedaten), Abschlussbericht
http://wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_krankenhaus/wido_kra_qsr-abschlussbericht_0407.pdf; Qualitätsindikatoren: www.helioskliniken.de/medizinziele

ÄZQ: Übersicht internationale Datenbanken
http://www.aezq.de/aezq/qualitaetsindikatoren/links_qualitaetsindikatoren/?searchterm=qualit%C3%A4tsindikatoren

Verein Outcome:
www.vereinoutcome.ch

MLP Gesundheitsreport:
http://www.mlp-gesundheitsreport.de/

Balanced Scorecard:
Bericht eines Allgemeinmediziners über erste Erfahrungen mit der Balanced Score Card aus 2003: http://www.scorecard.de/a_zberic.htm

6 Benchmarking: Best practice als Vorbild

Christine Kuch

Benchmarking kann als eine der besonders motivierenden Methoden zum Anstoßen von Verbesserungsprozessen in Organisationen gelten. Denn beim Benchmarking vergleicht man Prozesse bzw. Ergebnisse der eigenen Organisation mit den Prozessen bzw. Ergebnissen anderer Organisationen anhand zuvor definierter Indikatoren. Zielsetzung dabei ist es, von denjenigen zu lernen, die im Vergleich die besten Ergebnisse, die Benchmarks, erzielen. Man erfährt im Benchmarking also nicht nur mögliche Verbesserungsoptionen, sondern auch die Bedingungen, die für das Erreichen der Verbesserungen von Bedeutung sind. Kurz gefasst ist Benchmarking *Lernen von Best Practice*.

Der *Ablauf* eines Benchmarking-Prozesses stellt sich prinzipiell wie folgt dar:

1. Entwicklung eines Kennzahlen-Sets, dem alle Beteiligten zustimmen
2. Erhebung der Daten in den teilnehmenden Organisationen
3. Auswertung der Daten
4. Rückmeldung der Ergebnisse der eigenen Organisation im Vergleich zu Ergebnissen anderer Organisationen. Meist werden diese im Vergleich zu den durchschnittlich erzielten Ergebnissen und zum besten Ergebnis gesetzt. Zumeist werden die anderen Organisationen anonymisiert dargestellt.
5. Austausch mit und Lernen von den Besten: Was machen sie anders? Was können wir davon auf unsere Organisation übertragen?

Meistens wird der fünfte Schritt nicht umgesetzt, teils weil die Teilnehmenden sich nur unter der Bedingung der Anonymität beteiligen, teils aufgrund von bestehendem Wettbewerb zwischen den Beteiligten. Allerdings wird vielfach berichtet, dass schon allein die Rückmeldung der Ergebnisse positive

Effekte erzielten. Die Erkenntnis, in einem Bereich vergleichsweise weniger gut zu sein als man es angenommen hat, kann deutlich zu Veränderungen motivieren. Ein diesbezüglich interessanter Bericht ist einem Interview des für die Messung der Ergebnisqualität von schweizerischen Spitälern zuständigen Vereins Outcome zu entnehmen (s. Links).

Aufgabe 9 für anwendungsfreudige Leser

Überlegen Sie im Team bzw. im Vorstand:

- Zu welchen Themen wäre für uns ein Benchmarking interessant?
- Wem fallen welche Praxen/Ärzteverbünde ein, mit dem man einen Benchmarking-Prozess zum Thema xy initiieren könnte?
- Wer nimmt das Projekt federführend in die Hand?

Die einzelnen Ablaufschritte eines Benchmarking-Prozesses werden nachstehend ausgeführt.

Zur *Entwicklung des Kennzahlen-Sets* kann auf die beiden vorangehenden Kapitel zu den Themen Prozessmessung bzw. Outcomemessung (s. Kap. III.4 und III.5) verwiesen werden, mit der Besonderheit, dass sich hier nicht nur Beteiligte einer Praxis auf „sinnvolle" Messbereiche und -indikatoren einigen müssen, sondern Beteiligte mehrerer Gesundheitsorganisationen. Dass dies kein leichtes Unterfangen ist, dürfte unmittelbar klar sein: Schließlich muss die Messung so ökonomisch durchführbar wie nur irgend möglich sein, um den Aufwand möglichst gering zu halten. Zugleich braucht man für die relevanten Bereiche aussagekräftige und änderungssensitive Indikatoren, die allgemein anerkannt, nach Möglichkeit evidenzbasiert sind. Bei medizinischen Indikatoren empfiehlt es sich, auf vorhandene Entwicklungen zurückzugreifen, oder diese zumindest bei der Entwicklung neuer Indikatoren-Sets zu berücksichtigen. Neue Indikatoren-Sets müssen in einem Prä-Test erprobt werden, damit zumindest die gröbsten Anpassungen vorgenommen werden können, bevor die Messung in die Routine übergeht. Beispiele für mögliche Indikatoren sind in den Kapiteln III.4 und III.5, Prozessmessung und Outcomemessung, zu entnehmen. Gerade unter Benchmarking-Aspekten empfiehlt es sich, über rein medizinische Indikatoren hinaus auch Indikatoren für die Unternehmensführung zu integrieren (s. Kap. III.6).

Innerhalb von Netzen kann die Etablierung eines Benchmarkings zudem zur Unterstützung einer verbindlichen Umsetzung von Behandlungspfaden genutzt werden, beispielsweise indem die individuelle Erfüllung der jeweilig vereinbarten Vertragskriterien im Vergleich zu den anderen teilnehmenden Praxen zurückgemeldet wird. Zudem können sich Praxen auch in Bezug auf den erzielten Entwicklungsstand beispielsweise bei der Umsetzung von QEP, EFQM oder anderer QM-Systeme netzintern vergleichen, in Bezug auf den organisationalen Entwicklungsstand mit der Internationalen Maturity Matrix, auch mit Praxen aus anderen europäischen Ländern.



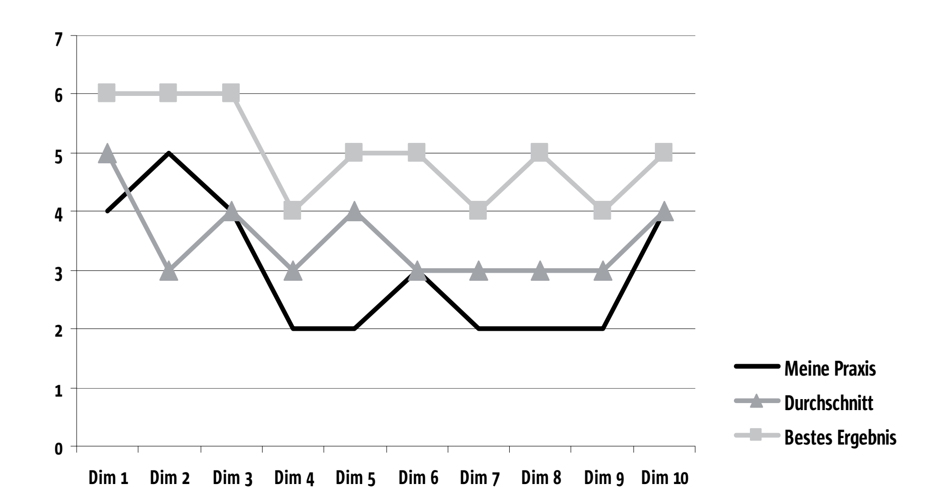
Die *Erhebung der Daten* sollte, wie schon angemerkt, so ökonomisch wie möglich gestaltet sein. Dabei ist jedoch darauf zu achten, dass die Messung in den teilnehmenden Praxen in der gleichen Art und Weise erfolgt, da sonst nachher Äpfel mit Birnen verglichen werden und dies würde zu unbefriedigenden Ergebnissen führen. Zu diesem Zweck muss die Datenerhebung nach Möglichkeit standardisiert werden, zumindest was die Messzeitpunkte und die Messverantwortlichen angeht. Es ist auch sinnvoll, neben den Indikatoren im engeren Sinne weitere Daten, die die Messergebnisse beeinflussen können, wie z. B. Art und Umfang des Patientenklientels, Größe der Praxis, usw. mit zu erheben. Für die Organisation eines Benchmarkings in einem Verbund empfiehlt es sich, eine unterstützende zentrale Hotline einzurichten, bei der man sich Hilfe bei entstehenden Fragen holen kann. Für ein selbst organisiertes Benchmarking unabhängiger Praxen ist es lohnenswert, beispielsweise in einem Qualitätszirkel Probleme, die bei der Messung auftreten, regelmäßig zu besprechen und so die Qualität der Messung nach und nach zu optimieren.

Für die *Auswertung der Daten* ist vor allem auf die methodische Qualität und die zu leistende Vertraulichkeit der auswertenden Institution zu achten. Es kann daher auch bei selbst organisierten Benchmarking-Prozessen sinnvoll sein, zu diesem Zweck ein externes Institut zu beauftragen, damit die Anonymität glaubhaft gewährleistet bleibt. Zudem muss sichergestellt werden, dass die Auswertung der Daten transparent, nachvollziehbar und objektiv erfolgt.

Es hat sich bewährt, die *Rückmeldung der Ergebnisse* visuell zu unterstützen. Grafiken, die „mein Ergebnis“ im Vergleich zum Besten und zum Durchschnitt zeigen, sind hilfreich. Je nach Indikator kann die Ausweisung der Konfidenzintervalle sinnvoll sein. Abbildung 6 zeigt einige Möglichkeiten, Benchmarking-Daten grafisch aufzubereiten.

Soll der Benchmarking-Prozess an dieser Stelle beendet werden, ist eine rein schriftliche Rückmeldung ausreichend, wobei Möglichkeiten zu Rückfragen an die auswertende Stelle eingerichtet werden sollten. Um einen nachhaltigen Lernprozess zu etablieren, sollten die Erhebungen in einem zumindest jährlichen Abstand wiederholt werden. Auf diese Weise können die einzelnen Praxen ihre Fortschritte erkennen und man kann insgesamt erfassen, ob der Benchmarking-Prozess tatsächlich zu einer Verbesserung bei den Teilnehmenden führt.

Ist auch ein konkreter *Austausch mit den Besten* möglich, können beispielsweise in einem praxisübergreifenden Qualitätszirkel die Besten ihre Ergebnisse offenlegen und berichten, welche Faktoren aus ihrer Sicht zu diesem guten Ergebnis beigetragen haben. Wichtig dabei ist, dass Dinge meist nicht einfach „kopiert“ werden können („Ab heute läuft das genau so wie in der Praxis von Dr. Schmitz“), sondern immer auf die eigene Organisation mit ihren individuellen Bedingungen übertragen werden müssen („Wie wollen wir das, was bei Dr. Schmitz gut funktioniert, auf unsere Praxis übertragen?“).



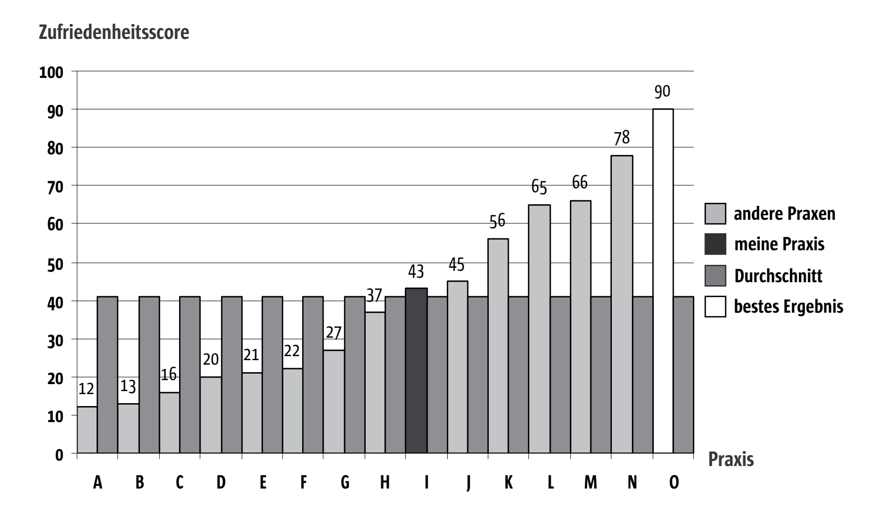


Abb. 6 Grafische Darstellung von Benchmarking-Daten

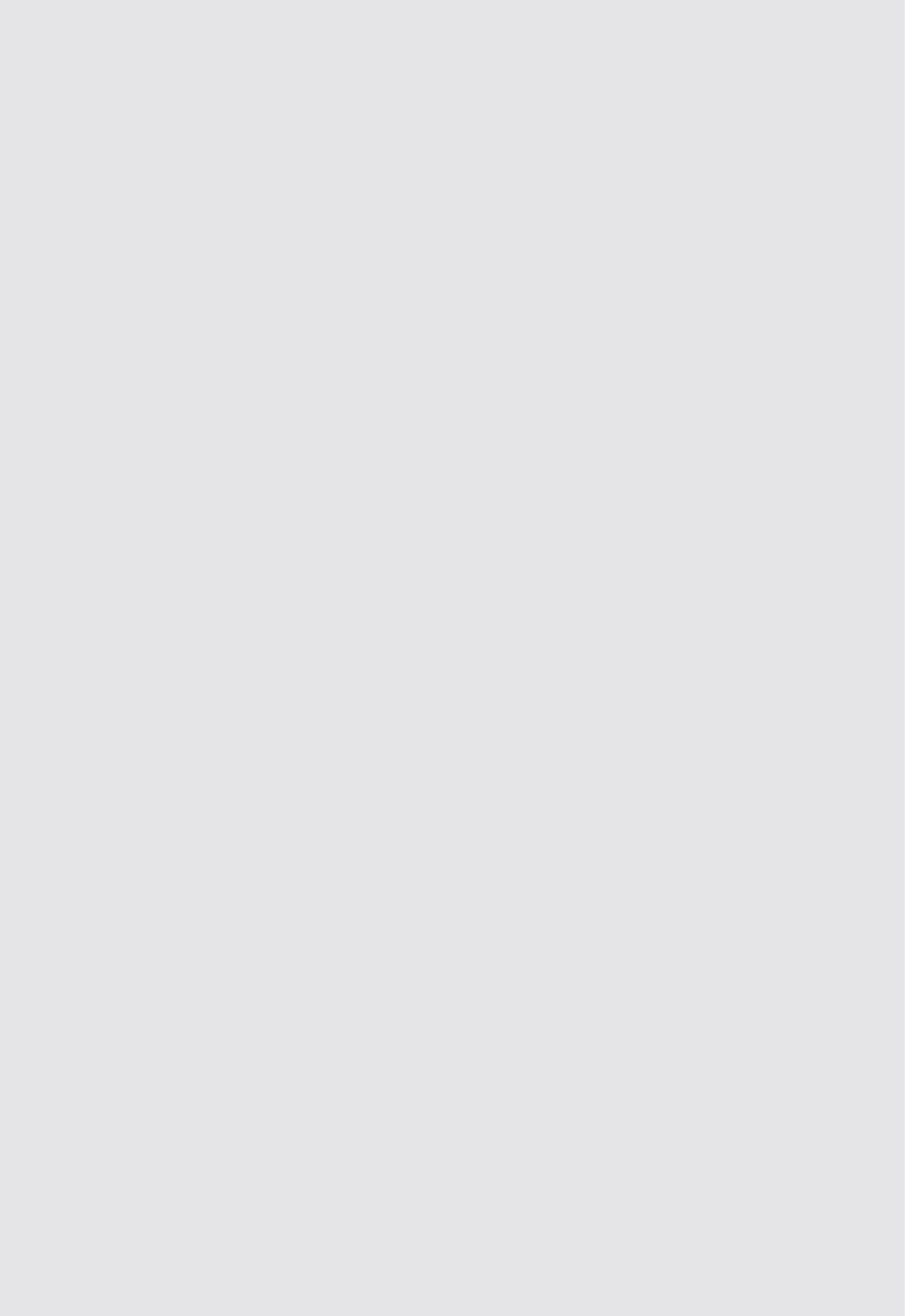
Im Verbund können zentrale, nach Möglichkeit moderierte Veranstaltungen mit den „Besten" initiiert werden, bei denen Interessierte über erforderliche und sinnvolle Bedingungen für erzielte Ergebnisse diskutieren.

Link

Erfahrungsbericht zur den Messungen im Verein Outcome
http://www.vereinoutcome.ch/pdf/outcome_interview_d.pdf

IV

Veränderungsmethoden



1 Qualitätsplanung: Wie man es schafft, dass der Aufwand tatsächlich beim Patienten ankommt

Christine Kuch

Eine schwerwiegende Kritik gegenüber Qualitätsmanagement-Aktivitäten, die mir gegenüber in verschiedenen Aus- und Weiterbildungen in den letzten Jahren zunehmend geäußert wurde, besteht darin, dass nun „alle QM machen, aber man nicht feststellen kann, dass für die Patienten etwas besser wird“. Im Gegenteil, es wird eher berichtet, dass der notwendige Aufwand einen sogar davon abhalte, Patienten in der gewohnten Qualität zu betreuen.

Nun wird hier häufig auch Aufwand mitgerechnet, der mit QM wenig zu tun hat. Im Kern geht es hier jedoch um das, was ein QM-Beauftragter so formulierte:

> *„Wissen Sie, das bringt natürlich schon etwas, wenn man sich die Abläufe mal anschaut, da kann man einiges verbessern, insbesondere in Bezug auf Absprachen mit anderen Mitarbeitern, und man kann auch tatsächlich hier und da Kosten einsparen – aber dass da tatsächlich etwas beim Patienten ankommt, das sehe ich kaum.“*

Dieser Kritik kann man sich anschließen, wobei das Ergebnis nicht im QM selbst begründet ist, sondern in der Art und Weise, in der die Maßnahmen, beispielsweise Ablaufverbesserungen, durchgeführt werden. Häufig wird hierbei nur der gegenwärtige Status quo in einem Flussdiagramm von einer Mitarbeiterin festgehalten. Besonders motivierte Mitarbeiter überlegen zusätzlich noch, ob man die Arbeit etwas reibungsloser gestalten könnte. Und

dann wird das erarbeitete Diagramm zu den Akten gelegt. Ein solches Vorgehen kann nicht beim Patienten „ankommen", da seine Perspektive höchstens indirekt berücksichtigt wird: Beim Ablauf „IST-Zustand aufschreiben", „unsere Arbeit vereinfachen" und „zu den Akten legen" kommt die explizite Einbindung der Patientenbedürfnisse nicht vor.

Die unzureichende Beachtung von Bedürfnissen interner und/oder externer Anspruchsgruppen kann mit der Qualitätsplanung nach Juran (1991) leicht behoben werden. Sie stellt eine sehr praktikable und leicht umzusetzende Methode dar, in der Bedürfnisse interner und/oder externer Anspruchsgruppen systematisch berücksichtigt werden. Das Vorgehen der Qualitätsplanung ist nachstehend im Überblick beschrieben:

1. Schritt Ablauf auswählen, Flussdiagramm des aktuellen Ablaufs (IST) erstellen (grob: „Worum geht's?) und Kunden identifizieren und gewichten

2. Schritt Kunden befragen: Welche Ergebnisse brauchen sie?

3. Schritt Kundenbedürfnisse und eigene Anforderungen abstimmen und definieren: Was soll am Ende des Prozesses heraus kommen?

4. Schritt Ablauf (SOLL) und Verantwortlichkeiten festlegen

5. Schritt Umsetzung und Evaluation vorbereiten

6. Schritt Projektabschluss

Die einzelnen Schritte werden nun am Prozess „Terminvergabe" exemplarisch erläutert. Selbstverständlich sind die inhaltlichen Ergebnisse der einzelnen Schritte spezifisch und nicht auf jede Praxis übertragbar.

1. Schritt: Ablauf auswählen und Flussdiagramm des aktuellen Ablaufs (IST) erstellen (grob: „Worum geht's?) und Kunden identifizieren und gewichten

Hier soll in maximal 6 Schritten der gesamte Ablauf beschrieben werden. Der Prozess der Terminvergabe kann noch kompakter in drei Schritten dargestellt werden (s. Abb. 7).

Eine andere mögliche Darstellung für den Ablauf wäre:

1. Patient ruft an
2. Mitarbeiterin geht ans Telefon
3. Patient erzählt sein Anliegen
4. Mitarbeiterin fragt nach einzelnen Informationen (Art der Beschwerden, Dauer, etc.)
5. Mitarbeiterin sucht im Terminplaner einen Termin heraus
6. Mitarbeiterin gibt Patienten den Termin



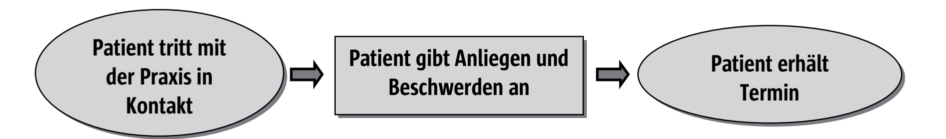


Abb. 7 Ablaufdarstellung „Terminvergabe“ als Flussdiagramm, durch das der Patient „fließt“

Der Unterschied zwischen den Darstellungen besteht darin, dass in der obigen Darstellung der Ablauf aus der Sicht des Patienten abgebildet ist, während die zweite Darstellung auch die Perspektive der Mitarbeiterin beinhaltet. Die erste Variante hat den Vorteil, dass der Ablauf sauberer abgegrenzt werden kann und man sich daher bei Prozessbeschreibungen weniger verzettelt. In der zweiten Variante kann leicht der Fehler passieren, dass sogenannte Unterstützungsprozesse, also solche Abläufe, die den beschriebenen Kernprozess der Terminvergabe unterstützen, alle in einen Ablauf „gepackt“ werden. Es kann unübersichtlich werden, wenn im Ablauf der Terminvergabe beispielsweise auch beschrieben wird, dass die Checkliste für die Terminvergabe aktualisiert werden und Druckerpapier bestellt werden muss, dass neue Mitarbeiter in die Terminvergabe eingewiesen werden und dass die Einhaltung des Ablaufs geprüft wird. Es ist hilfreich, die Prozesse so einfach wie möglich zu beschreiben.

Außerdem sollen in diesem Schritt die Kunden des Prozesses definiert und gewichtet werden. In unserem Beispiel ergeben sich als Kunden:

- Patient (erhält den Termin = Ergebnis des Prozesses)
- Ärztin (möchte für ihre Praxis ein bestimmtes Auftreten gegenüber Patienten erreichen, bestimmte Patientengruppen in einem bestimmten Umfang behandeln und einen bestimmten Umsatz erzielen)
- medizinische Fachangestellte (möchte Informationen vom Patient und von der Ärztin, um ein optimales Ergebnis liefern zu können)

Im Beispiel wird der Patient als wichtigster Kunde betrachtet. Die beiden anderen (internen) Kunden werden ihm nachgeordnet. Das bedeutet, dass der Ablauf in erster Linie nach Maßgabe der Bedürfnisse des Patienten optimiert wird und erst nachgeordnet die Bedürfnisse der beiden anderen Kunden betrachtet werden. Hier wird auch noch einmal deutlich, dass das Qualitätsverständnis von Praxis zu Praxis variieren kann: In einer anderen Praxis könnten auch die Bedürfnisse der Ärztin oder die Bedürfnisse der medizinischen Fachangestellten an erster Stelle stehen.

2. Schritt: Fokusgruppeninterviews mit Patienten (und anderen Anspruchsgruppen): Welche Ergebnisse brauchen sie?

Im Beispiel werden nun Patienten zu ihren Bedürfnissen in Bezug auf die Terminvergabe befragt. Dazu sollte aus testtheoretischen und teststatistischen

Gründen kein Fragebogen entwickelt und eingesetzt werden, es ist sinnvoller, für diese spezifische Fragestellung ein *Fokusgruppeninterview* (z. B. Krueger et al. 2000, Morgan 1997) durchzuführen.

Zu diesem Zweck bittet man vier bis fünf Patienten, die möglichst viel Erfahrung damit haben, einen Termin in Arztpraxen zu bekommen, „nicht auf den Mund gefallen“ sind, und die das gängige Patientenklientel nach Möglichkeit widerspiegeln (in Bezug auf Alter, Geschlecht, ..), an einem „gemeinsamen Gespräch zur Verbesserung unserer Praxisorganisation“ teilzunehmen.

Im Fokusgruppeninterview berichten diese Patienten dann ihre Erfahrungen entlang des Ablaufs der Terminabsprache, welcher im ersten Schritt beschrieben wurde. Dazu wird Ihnen der Ablauf gezeigt und sie werden gebeten: „Erzählen Sie bitte, was passiert, wenn Sie mit uns in Kontakt treten und einen Termin haben wollen. Bitte erzählen Sie das so genau wie möglich, denn wir haben ein Interesse daran, uns möglichst auch bei vermeintlichen Kleinigkeiten zu verbessern.“

Die Patienten berichten von sich aus sowohl positive als auch negative Erfahrungen. Hierbei ist es manchmal hilfreich, an der einen oder anderen Stelle noch einmal genauer nachzufragen. Zudem können Patienten auch am Ende der Gruppendiskussion noch die Frage gestellt bekommen, welche Verbesserungsmöglichkeiten ihnen über das bereits Gesagte hinaus noch einfallen.

In einem solchen Fokusgruppeninterview äußern Patienten u. a. zum Beispiel:

- „Na ja, wenn man bei Ihnen anruft, ist es zunächst einmal besetzt. Ich habe kein Fax und kann dann auch nicht per Fax einen Termin ausmachen. Das finde ich etwas ärgerlich.“
- „Vielleicht könnte man auch per Mail einen Termin machen.“
- „Ich habe gesehen neulich bei einer anderen Praxis, da kann man Termine sogar im Internet ausmachen, also man bekommt dann einen Kalender gezeigt und kann Termine eintragen. Das finde ich super.“
- „Ja, und wissen Sie, wenn man Sie dann erreicht hat, dann geht es ja meistens sehr schnell. Die Damen sind auch sehr nett am Telefon. Nur einmal, da hat es wirklich lange gedauert, weil irgendetwas unklar war. Und dann sollte ich zurückgerufen werden wegen eines Termins und das hat mir aber dann zu lange gedauert. Ich hab dann wieder angerufen, also das war wirklich umständlich. Ich weiß auch nicht genau was da passiert ist, das konnte mir auch keiner sagen.“
- „Also wissen Sie, was ich nicht gut finde, wenn man gefragt wird, bei welcher Kasse man versichert ist. Da hat man gleich das Gefühl, dass man als Kassenpatient schlechter behandelt wird und dass es länger dauert, bis man einen Termin bekommt.“

Das Fokusgruppeninterview dauert je nach Inhalt zwischen 15 und 45 Minuten. Die Ergebnisse können entweder sofort von einem Protokollanten mitge-



schrieben werden oder man bittet die Teilnehmenden, die wichtigsten Ideen auf Moderationskarten zu schreiben, die man dann an eine Pinnwand hängt. Das hat den Vorteil, dass sich immer mehr Ideen auf der Pinnwand sammeln, die zu Assoziationen anregen, sodass die Patienten häufig noch mehr Einfälle haben, von denen man profitieren kann.

Aufgabe 10 für anwendungsfreudige Leser

Überlegen Sie: In welchem konkreten Prozess sollten wir die Perspektive der Leistungsempfänger besser berücksichtigen als bisher? Wo würde sich das besonders lohnen? (Patienten zur Nachsorge, Patienten zum Behandlungsgespräch, Zuweiser zur Kommunikation von Patientendaten und -informationen, Mitglieder zur Information über Neuerungen im Netz, usw.) Organisieren Sie die Durchführung eines Fokusgruppeninterviews!

Im Anschluss an das Gruppeninterview wird herausgearbeitet, welche Bedürfnisse „hinter“ den Aussagen der Patienten stecken. In Bezug auf die genannten Aussagen im Beispiel sind das u. a. Bedürfnisse nach:

- Autonomie (z. B. nicht abhängig zu sein, Termin wählen können, Methode wählen können),
- Wertschätzung bzw. Respekt (z. B. keine unnötige Verschwendung der eignen Zeit; als Individuum (das z. B. kein Fax hat) wahrgenommen werden), eng verknüpft mit dem Bedürfnis nach
- Gleichbehandlung (unabhängig von materieller Ausstattung und Kassenzugehörigkeit gleich schnell und gut behandelt zu werden),
- Empathie und Zuwendung (z. B. Freundlichkeit am Telefon), nach Sinn (z. B. Erklärungen dafür bekommen, warum man warten musste) und
- Sicherheit (z. B. Arzt erreichen zu können, bedarfsgerecht (schnell) behandelt zu werden).

Diese „Übersetzung“ wird vorgenommen, damit man im folgenden 3. Schritt der Qualitätsplanung mehrere Optionen offen hat, um sowohl Patientenbedürfnisse als auch zugleich die eigenen Ansprüche erfüllen zu können. Beispielsweise kann das Bedürfnis nach Wertschätzung auf vielerlei Art und Weise erfüllt werden, oder es kann auch an mehreren Stellen verdeutlich werden, dass alle Patienten in der Praxis mit der gleichen Sorgfalt behandelt und betreut werden, unabhängig von ihrem Einkommen oder ihrer Kassenzugehörigkeit.

Falls in einer Praxis unterschiedliche Terminvergaben erfolgen, sollten mehrere Fokusgruppeninterviews entsprechend der unterschiedlichen Abläufe durchgeführt werden.

Zudem kann auch ein Patientenbeirat etabliert werden, mit dem regelmäßig verschiedene Themen besprochen werden. Es sollte dann allerdings die Möglichkeit bestehen, dass sich immer wieder neue Patienten beteiligen, um auch hier keine „Betriebsblindheit“ zu fördern.

3. Schritt: Kundenbedürfnisse und eigene Anforderungen abstimmen und definieren: Was soll am Ende des Prozesses herauskommen?

Im Beispielfall werden die Bedürfnisse der Patienten nun mit den eigenen Anforderungen der Ärzte und der medizinischen Fachangestellten abgestimmt. Das heißt im Einzelnen, dass man sich überlegt, wie man welches Bedürfnis erfüllen möchte (und wie auch nicht). Abschließend wird definiert, was am Ende des Ablaufs einer Terminvergabe erfolgt sein soll. Beispielsweise:

- Bekommen Privatpatienten nach dem ersten Termin eine gesonderte Telefonnummer, über die sie Termine in einer gesonderten Sprechstundenzeit vereinbaren können.
- Patienten werden allerdings nicht mehr direkt am Telefon gefragt, welcher Krankenversicherung sie angehören.
- Patienten bekommen die Möglichkeit, über das Internet Termine einzutragen, aber nur in spezielle Sprechstundenzeiten, zu denen privat und gesetzlich Versicherte potenziell gleichermaßen Zugang haben.
- Die medizinischen Fachangestellten vergeben Termine nach einer Checkliste, die eine von allen Ärzten getragene Rangliste enthält, und in welcher aufgeführt ist nach welchen Kriterien welche Patienten welche Termine erhalten und einbestellt werden.
- Die Patienten wissen, welche verschiedenen Möglichkeiten es gibt, einen Termin in der Praxis zu erhalten (auch wenn sie nicht alle nutzen).
- Die Telefonate für die Terminvergabe dauern nicht länger als drei Minuten (Ausnahmen werden begründet).
- Es gibt festgelegte Zeitfenster für die Dauer bestimmter Prozeduren, die nach Möglichkeit (in der Regel, Abweichungen mit Begründung) eingehalten werden.
- Die Wartezeit auf einen Ersttermin, an dem ggf. nur Daten und Laborwerte erhoben werden und an dem der Arzt den Patienten nur kurz begrüßt und auf die Vorbereitung des folgenden Termins verweist, beträgt maximal fünf Werktage.
- Patienten bekommen bei längerer Wartezeit auf einen Termin immer eine plausible Erklärung.

4. Schritt: Ablauf (SOLL) und Verantwortlichkeiten festlegen

Im vierten Schritt wird vereinbart, wie der Ablauf nun erfolgen soll, damit die vereinbarten und nun erwünschten Ergebnisse erreicht werden. Zudem wird festgelegt, wer für welchen Schritt verantwortlich ist. Schließlich werden die notwendigen vorbereitenden Maßnahmen umgesetzt. Im Beispiel wird etwa das erste Feld des alten Ablaufs im neuen Ablauf viergeteilt:

1. Patient meldet sich direkt im Internet in der speziellen Sprechstunde für Internetnutzer an;
2. Patient ruft über PKV-Nummer an;



3. Patient tritt telefonisch mit der Praxis in Kontakt;
4. Patient mailt oder faxt einen Terminwunsch an die Praxis und wird zurückgerufen.

Zudem ist bei dem neuen Ablauf das Ende des Prozesses nicht erreicht, wenn der Patient den Termin (z. B. am Telefon) erhält, sondern wenn der Patient zum Termin in der Praxis erscheint. Erst dann wird der Ablauf abgeschlossen (z. B. werden Patienten bei Fristüberschreitungen gesondert informiert, oder es werden gesonderte Telefonnummern „für dringende Fragen“ verteilt usw.).

Schließlich wird festgelegt, wer für den Gesamtprozess „Terminvergabe“ verantwortlich ist, und welche Befugnisse die Verantwortliche hat (z. B. Ärzte darauf hinweisen, wenn Zeitfenster für bestimmte Prozeduren wiederholt überschritten werden. Die Ärzte müssen dann überlegen, wie sie die Zeitfenster einhalten können oder gemeinsam darüber abstimmen, die Zeitfenster zu verlängern). Auch Verantwortlichkeiten für zuliefernde Prozesse werden festgelegt (z. B. Aktualisierung der Internetsprechstundenzeit durch eine medizinische Fachangestellte, Aktualisierung der Terminvergabe-Checkliste durch die Ärzte, usw.).

Notwendige vorbereitende Maßnahmen werden jetzt umgesetzt: z. B. Website überarbeiten und Angebot der Internetsprechstunde für Patienten verständlich beschreiben, Checkliste für die Terminvergabe erarbeiten, Zeiten erheben für die Dauer bestimmter Prozeduren, beispielsweise im Labor.

5. Schritt: Umsetzung und Evaluation vorbereiten

Nun erfolgt der „letzte Schliff“: Es wird überlegt, welche Mitarbeiter und welche anderen Personen über was und wie informiert werden sollen:

- Ist eine Schulung erforderlich?
- Soll ein Plakat gedruckt werden?
- Wo soll die Checkliste hingelegt werden, damit sie jeder sieht und schnell Zugriff darauf hat?
- usw.

Schließlich wird festgelegt, wann die Umsetzung das erste Mal bewertet werden soll. Welche der im dritten Schritt festgelegten Ergebniskriterien, deren Erfüllung durch die Veränderungen erreicht werden sollen, sollen wann in welchem Maße erfüllt sein, damit man davon ausgehen kann, dass die Umsetzung erfolgreich ist? Wer soll die Messung wann durchführen?

6. Schritt: Abschluss

Der Abschluss erfolgt, wenn alle vorbereitenden Maßnahmen abgearbeitet sind und die Umsetzung, für die selbstverständlich die disziplinarische Praxisleitung verantwortlich ist, direkt bevorsteht. Nun bleibt nur, die Ergebnisse der Vorarbeit anzunehmen und noch einmal zu schauen, was in der Ent-

wicklungsarbeit gut geklappt hat und was man sich daher für das nächste Vorhaben merken sollte, bzw. was nicht gut geklappt hat und was man daher anders machen sollte. Letztlich steht ein Dank an die Mitarbeiter für ihr Engagement während der Entwicklungsarbeit an.

Insgesamt sind für diese Entwicklungsarbeit, natürlich abhängig vom Umfang des ausgewählten Ablaufs, drei bis fünf Sitzungen erforderlich. Der Nutzen jedoch ist hoch, stellt das Vorgehen doch sicher, dass Abläufe nicht einfach nur aufgeschrieben werden, sondern sozusagen auf Herz und Nieren überprüft und im Hinblick auf eine besser Erfüllung der gestellten Bedürfnisse und Anforderungen verbessert werden. Schon die Erarbeitung selbst klärt viele kleine Missverständnisse und gegenseitige Unkenntnis und, wie häufig berichtet wird, ist das Ergebnis, der neue Ablauf, nur eines von vielen: Durch die aktive Auseinandersetzung mit Patientenbedürfnissen (oder in anderen Vorhaben auch Bedürfnissen von anderen internen und externen Anspruchsgruppen) rücken diese ebenso in anderen Arbeitsabläufen in den Vordergrund. Häufig setzt die Arbeit zudem noch weitere kleine Veränderungen in Gang, die insgesamt darauf zielen, Bedürfnisse, über die sich viel ausgetauscht wurde, ebenfalls in anderen Bereichen zu beachten. Auf diese Weise kann ein so abstrakter Begriff wie „Patientenorientierung“ nach und nach mit (Alltags-) Leben gefüllt werden.

Literatur

Juran JM: Handbuch der Qualitätsplanung. 3. Aufl. Landsberg/Lech: Verlag Moderne Industrie 1991

Krueger RA, Casey MA: Focus Groups: A Practical Guide for Applied Research. 3. Aufl. Thousand Oaks: Sage 2000

Morgan DL: Focus Groups as Qualitative Research. 2. Aufl. Thousand Oaks: Sage 1997

2 Lösungsorientierte Qualitätsverbesserung

Christine Kuch

2.1 Einleitung

Landläufigen Meinungen zum Trotz geht es im Qualitätsmanagement in erster Linie nicht darum zu dokumentieren, was man sowieso schon macht, sondern darum zu überlegen, wie man das, was man macht, besser machen könnte. Damit kommt Maßnahmen zur Verbesserung der Qualität ein zentraler Stellenwert zu.

Verbesserungen können dadurch erzielt werden, dass bestehende Probleme behoben und aufgetretene Fehler in der Zukunft vermieden werden oder auch dadurch, dass ein schon gut funktionierender Ablauf noch weiter erleichtert wird.

Zumeist setzen Maßnahmen zur Verbesserung der Qualität an bestehenden Problemen an. Die klassischen Verfahren der Qualitätsverbesserung folgen dabei dem folgenden Ablauf:

1. Problem definieren
2. Ursachen definieren und die wichtigste Ursache finden
3. Lösung für die wichtigste Ursache entwickeln
4. Umsetzen der Lösung
5. Evaluation der Problemlösung
6. und im Falle eines unbefriedigenden Ergebnisses der Evaluation gegebenenfalls Wiederholung der Schritte 1 bis 5

Dies entspricht dem Prinzip der klinischen Behandlungspraxis: die Therapie folgt der Diagnostik. Die Qualitätsmanagementmethodik stellt zahlreiche Methoden und Instrumente zur Verfügung, um im Team Ursachenanalyse und Lösungsentwicklung strukturiert durchführen zu können (Brassard et al. 2000).

2.2 Grenzen klassischer Vorgehensweisen und die Beachtung wechselseitiger Bezüge als Lösungsansatz

Soweit so gut. In langjähriger Praxis stellt man jedoch fest, dass Ursachenanalysen häufig von Schuldzuweisungen und Rechtfertigungstiraden geprägt sind, die Stimmung schlecht ist und dass kreative Lösungsideen untergehen. Projekte verlaufen im Sand und die Umsetzung von Veränderungen klappt nicht.

Darüber hinaus reduzieren Ursachenanalysen die bestehende Komplexität der Situation übermäßig: Häufig wird schnell ein Schuldiger gefunden – alle anderen sind damit entlastet –, das Problem wird aber dennoch nicht gelöst. Zur Veranschaulichung ein Beispiel aus dem medizinischen Alltag:

> Ein Notfallpatient mit Bauchschmerzen bekommt die aus chirurgischer Sicht sinnvolle OP dringend angeraten. Der Patient hat nur eine geringe Zeit für seine Entscheidung und ist etwas überrumpelt. Er vergisst die Angabe von aus seiner Sicht „ungefährlichen“ gerinnungshemmenden Medikamenten (z. B. Aspirin). Nach der OP kommt es zu Nachblutungen, eine erneute OP wird notwendig.

Fragt man nun nach den Ursachen, erhält man – Schuldzuweisungen:

- Der Arzt muss besser informieren, er hätte genauer nachfragen müssen
- Der Arzt war überarbeitet, unkonzentriert, ungeübt, …
- Der Patient hätte mehr danach fragen müssen, was noch wichtig ist
- Der Patient äußerte sich zu ungenau
- Der Patient war zu unbestimmt in seinem Auftreten …

Auf diese Schuldzuweisungen folgt meist nicht nur schlechte Stimmung, zudem werden so kaum hilfreiche Lösungen gefunden.

Nimmt man beispielsweise an, der Arzt müsse besser informieren, werden Lösungsansätze entwickelt wie z. B. „Ermahnen der Ärzte, besser zu informieren.“ oder „Kommunikationsschulung für Ärzte“.

Nimmt man hingegen etwa an, der Patient habe zu wenig nachgefragt, erfolgt zum Beispiel als Lösungsansatz: „Patienten künftig deutlicher bitten, alle Fragen zu stellen, die ihnen einfallen.“

Diese Lösungsansätze mögen zunächst hilfreich wirken – sind es jedoch kaum, wenn die beteiligten Protagonisten dazu nicht passende Erwartungen haben.

So könnte z. B. der Arzt denken: „Wenn mein Patient wenig fragt, weiß er alles – dann wirkt das schulmeisterhaft, wenn ich noch mal zu bekannten Inhalten informiere. Und außerdem kann ich die Zeit wirklich besser nutzen.“ Der Patient hingegen könnte denken: „Wenn mein Arzt wenig informiert, will er das wohl auch nicht, der hat ja auch viel Stress. Dann bringt das ja auch nichts zu fragen.“ Die nachstehende Abbildung 8 verdeutlicht diesen mög-

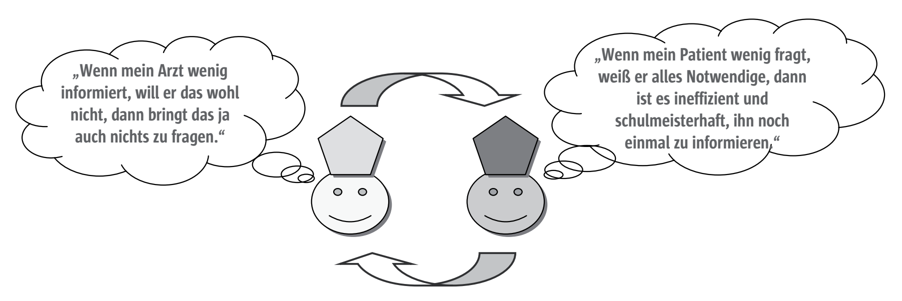


Abb. 8 Zirkulärer Zusammenhang in der Arzt-Patienten-Kommunikation

licherweise bestehenden, sogenannten „zirkulären Zusammenhang“: Die Beteiligten steuern ihr Verhalten auch über die eigenen Erwartungen, die sie über das Denken und Verhalten Ihres Gegenübers haben.

Gestalten sich die gegenseitigen, aufeinander gerichteten Erwartungen wie im beschriebenen Beispiel, bringt die beste Kommunikationsschulung nichts und die freundlichste Ermahnung hat keine positive Folge, da sie – zu kurz – auf die Veränderung einer Seite alleine zielt. Auch ein meisterhaft kommunikationsfähiger Arzt wird eben nicht „noch einmal“ informieren, wenn er die Erwartung hat, dass Patienten bestimmte Fragen stellen, wenn sie den Bedarf haben, und zudem nicht „von oben herab“ behandelt werden wollen.

Hilfreicher wäre es, die gegenseitigen Erwartungen zu reflektieren und zu überlegen, wie man ungünstige Bezüge auflösen kann. Ungünstige Bezüge sind beispielsweise solche, die auf Generalisierungen bauen – es trauen sich eben nicht alle Patienten, Fragen zu stellen. Eine Möglichkeit der Auflösung eines solchen ungünstigen Bezugs bestünde etwa darin, dass ein Patient einen „Fragebogen zu möglichen Fragen an den Arzt“ am Tresen ausgehändigt bekommt mit der Bitte, ihn im Wartezimmer auszufüllen. Damit wird, indirekt, kommuniziert, dass der Arzt sehr interessiert ist an den Fragen seines Patienten. Und der Patient kann im Gespräch mit dem Arzt zusätzlich auf etwas anderes Bezug nehmen (auf seinen „Fragen-Notizzettel“), als auf seine subjektive Deutung, inwieweit sein Arzt wohl daran interessiert sein mag, mit ihm offene Fragen zu klären.

2.3 Mit dem lösungsorientierten Ansatz nachhaltige Lösungen erzielen

Einen weiteren Ausweg aus dem „Schuldfragen stellen“ bietet der von Steve de Shazer und Insoo Kim Berg Anfang der 80er-Jahre begründete lösungsorientierte Ansatz. Hier folgt man Überlegungen der Kybernetik, wonach bei komplexen Problemen nicht eindeutig zwischen Ursache und Wirkung entschieden werden kann, da Wechselwirkungen zwischen „Ursache“ und „Wirkung“ bestehen. Während bei einfachen, mechanischen Problemen eine eindeutige Ursachenzuschreibung erfolgen kann (A verursacht B), ist dies bei

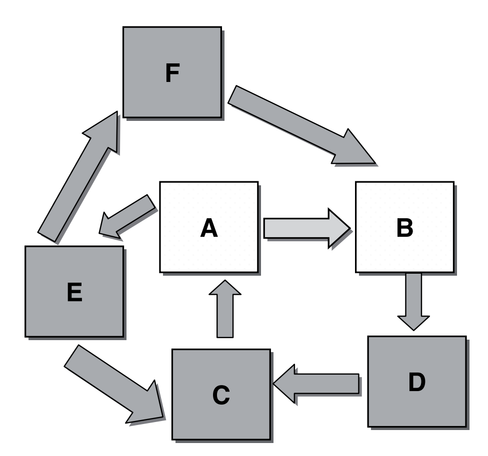


Abb. 9 Komplexe Zusammenhänge zwischen „Ursache“ und „Wirkung“

komplexen Problemen nicht möglich (A ist zugleich Ursache und Folge von B) (s. Abb. 9).

Bei Problemen, bei denen mehrere Faktoren eine Rolle spielen, ist daher eine Ursachenanalyse für die Lösungsfindung verzichtbar.

Ein solcher Verzicht auf Ursachenanalysen kommt in der, von der Logik „erst Diagnostik, dann Therapie“-geprägten, medizinischen Welt einer schwer zu schluckenden Kröte gleich. Dennoch wäre es sicherlich hilfreich zu akzeptieren, dass Ursachendefinitionen bei komplexen Zusammenhängen nicht eine „objektive“ Wahrheit abbilden, sondern einen von vielen möglichen Sinnzusammenhängen wiedergeben. Ursachenanalysen bei komplexen Problemen können dazu dienen, dass man sich als Team *einigt*, was die wichtigsten Ursachen für einen Zustand sind, ein anderes Team könnte jedoch eine andere, ebenso richtige oder „wahre“ Ursache finden. Eine „objektiv wahre“ Ursache kann es bei komplexen Problemen nicht geben: Wo ich in einem zirkulären Zusammenhang (s. Abb. 8) „die“ Ursache sehe, ist abhängig von meiner subjektiven Perspektive.

Im lösungsorientierten Ansatz wird daher anstelle aufwendiger Ursachenanalysen nach allen möglichen Lösungen gesucht. Auch nach solchen Lösungen, die mit dem Problem direkt nichts zu tun haben – scheinbar: In Abbildung 9 hat das Element E zwar nichts direkt mit dem Problem B zu tun, eine Veränderung von E (oder z. B. auch eine Veränderung der Relation von E und F) könnte aber trotzdem positive Folgen haben.

Steve de Shazer formulierte treffend: „Problem talk creates problems, solution talk creates solutions“ („Gespräche über Probleme erzeugen Probleme, Gespräche über Lösungen erzeugen Lösungen“). Die nachstehende Gegenüberstellung von problem- und lösungsorientiertem Vorgehen in Tabelle 11 veranschaulicht die bestehenden Unterschiede praktisch in Bezug darauf, welche Fragen jeweils bei auftretenden Problemen formuliert werden.

Tab. 11 Problemorientierte versus lösungsorientierte Fragen

analysierende, personen-, problemorientierte Fragen	zukunfts-, verhaltens-, lösungsorientierte Fragen
Welche Ursache hat das Problem?	Was müsste wer wann anders machen, damit ein besseres Ergebnis herauskommt?
Wer hat es verursacht?	Was soll in Zukunft anders sein? Wie soll die Zukunft genau aussehen?
Wessen Schuld ist das?	Was können die Beteiligten selbst dazu beitragen? Was evtl. nicht mehr tun?
Welche ähnlichen Probleme gab es schon in der Vergangenheit?	An welchem Verhalten würde man merken, dass wir unser Ziel erreicht hätten?
Leitfrage: Warum? …	*Leitfrage: Was statt dessen? Wie? …*

Aufgabe 11 für anwendungsfreudige Leser

Welche Antworten zu den lösungsorientierten Fragen in Tabelle 11 fallen Ihnen in Bezug auf das Praxisbeispiel auf S. 114, bei dem es bei einem Patienten zu Nachblutungen kommt, ein? Notieren Sie sie bitte und vergleichen Sie sie dann mit den Antworten, die problemorientierten Fragen gefolgt sind.

Zusammenfassend bestehen die wichtigsten Unterschiede zwischen klassischen Verfahren der Qualitätsverbesserung und einem lösungsorientierten Verfahren der Qualitätsverbesserung darin, dass im klassischen Ansatz Zeit (und Nerven) für die Ursachenanalyse aufgewendet wird, die im lösungsorientierten Ansatz für die Umsetzung erster Lösungsschritte genutzt werden kann. Zudem einigt man sich im klassischen Ansatz auf die Umsetzung einer Lösung (zur Behebung der „wichtigsten" Ursache), während im lösungsorientierten Ansatz mehrere Lösungsansätze gleichzeitig ausprobiert und evaluiert werden. Bei letzterem werden Lösungsfortschritte im Alltag schneller spürbar und es können effektivere Problemlösungen gefunden werden (vgl. hierzu Kennedy und Russel 2001).

2.4 Ablauf einer lösungsorientierten Qualitätsverbesserung

Die Durchführung einer lösungsorientierten Qualitätsverbesserung wird an einem Beispiel in Kapitel VI.2 veranschaulicht. An dieser Stelle wird das Verfahren als solches kurz ausgeführt. Im Überblick zeigt sich der Ablauf der lösungsorientierten Qualitätsverbesserung wie folgt:

1. Problemhintergrund klären und Ziel definieren
2. bereits Erreichtes in Bezug auf das Ziel feststellen und wertschätzen
3. konkrete Lösungsansätze entwickeln sowie erste konkrete Schritte definieren und umsetzen

4. Lösungsfortschritt evaluieren und wertschätzen der ersten kleinen Erfolge, sowie neue konkrete Schritte definieren und umsetzen
5. Schritt 4 so lange wiederholen, bis das Ziel zufriedenstellend erreicht ist.

Der erste Schritt einer lösungsfokussierten Qualitätsverbesserung besteht in der Beschreibung der problematischen Situation. Dabei ist es wichtig, dass die Perspektive aller Teilnehmenden wertgeschätzt wird. Diese besprechen, was besser sein sollte und entscheiden, ob sie sich tatsächlich in der Lage sehen und auch motiviert sind, hierzu etwas aktiv beizutragen. Zusätzlich beschreibt jeder seinen persönlichen Nutzen, den er von einer Lösung hat. Wenn so eine gute Basis innerhalb des Teams geschaffen wurde, wird das Projekt fortgesetzt (Jackson u. McKergow 2002).

Nun erfolgt die Definition der gewünschten Ergebnisse des Vorhabens. Das erwünschte Ziel wird detailliert beschrieben. Fragen hierzu können beispielsweise sein: „Was ist anders, wenn eine positive Veränderung erfolgt ist?“, „Was sind die relevanten Aspekte der erwünschten Zukunft?“, „Was sind die Ergebnisse unseres Vorhabens und was wollen wir wirklich erreichen?“ „Falls wir zu dem Zeitpunkt springen könnten, an dem unser Vorhaben erfolgreich beendet wurde: Was sind die Dinge, die überraschen, weil sie besser liefen, als wir es für möglich gehalten hätten?“ Zusätzlich wird die Frage „Wie können wir sehen bzw. messen, dass wir unsere Ziele erreicht haben?“ mit der Definition (positiver) Indikatoren beantwortet. Im Gegensatz zu negativen Indikatoren (Wartezeit, Mortalität, ...) erfassen positive Indikatoren Sachverhalte oder Verhaltensweisen, die nicht minimiert, sondern maximiert werden sollen(z. B. Zufriedenheit, Wissen etc.). Damit sind sie eher geeignet, Lernen im Sinne des Aufbaus neuer Verhaltensweisen zu unterstützen. Messungen sind als integraler Bestandteil von QM im Verfahren vorgesehen. Zudem ist es auch im lösungsfokussierten Ansatz vorgesehen, nach „kleinen Signalen des Erfolgs“ zu suchen.

Anschließend werden die Ressourcen in den Mittelpunkt der Betrachtung gestellt, d. h. das, was bereits in Bezug auf die gewünschten Ziele erreicht wurde. „Was funktioniert schon?“, „Gibt es Zeiten, in denen die Situation ein bisschen besser ist? Was passiert da? Was machen wir? Was machen andere?“ Diese und ähnliche Fragen helfen bei der Abklärung, auf was das Team konkret aufbauen kann, bzw. was schon erledigt ist. Zusätzlich werden Unterstützungsmöglichkeiten durch Fragen wie z. B. „Was haben wir bereits erreicht?“, „Was half uns, das zu erreichen?“, „Was haben andere schon (diesbezüglich) erreicht?“ „Was hat denen geholfen, das zu erreichen?“ geklärt.

Um die bereits erfolgten Anstrengungen der Teammitglieder (und Anderer) wertzuschätzen, besteht der nächste Schritt des Vorgehens darin, dass sich die Teammitglieder gegenseitig (und, wenn möglich, auch Anderen) Komplimente machen. Dieser Schritt hilft den Teammitgliedern, weiter voran zu gehen (Berg u. Dolan 2001) und unterstützt zudem eine positive Atmosphäre im Team. Es wird wesentlich leichter, die nächsten Schritte zu formulieren,

so berichteten Teilnehmende: „Du denkst, wenn wir das schon geschafft haben, dann schaffen wir auch noch die nächsten Schritte."

Nun denken die Teammitglieder darüber nach, was jeder von ihnen oder alle zusammen tun können, um weitere Fortschritte zu erzielen. Sie denken auch darüber nach, wie andere, die Interesse an den Projektergebnissen haben, konkret den Veränderungsprozess unterstützen könnten und sprechen sie diesbezüglich an. Es ist vom Team abhängig, ob jede/r das macht, was er oder sie denkt, das hilfreich sei, um die Situation zu verbessern, oder ob nicht besser ein gemeinsames Vorgehen umgesetzt werden sollte. Für die meisten Vorhaben ist es wichtig, dass mehr als eine Lösung getestet, d. h. in der Praxis umgesetzt wird. Am Ende entscheidet das Team, wann es seine Bemühungen erstmals wieder messen und nach ersten Erfolgen schauen will.

Literatur

Brassard M, Ritter D: Memory Jogger II für Qualitätsmanager. Herausgeber: Schweizer, Deutsche und Österreichische Qualitätsvereinigung 2000

Jackson PZ, McKergow M: The Solutions Focus: The Simple Way to Positive Change. London: Brealey 2002

Kennedy J, Russell E: Swarm Intelligence. Series in Evolutionary Computation. San Diego: Academic Press 2001

Kim Berg I, Dolan YM: Tales of Solutions: A Collection of Hope-Inspiring Stories. NYC: Norton 2001

3 Die Strategiewanderung: Veränderungen nachhaltig initiieren und umsetzen

Christine Kuch

3.1 Ergebnisse einer Studie zur Initiierung und Umsetzung von Veränderungsvorhaben

Veränderungsvorhaben sind nicht immer leicht umzusetzen, insbesondere, wenn es sich um größere Vorhaben handelt. Viele verlaufen im Sand – und das sind leider nicht immer die schlechtesten.

Aber wie kann man es denn anstellen, dass auch über größere Veränderungsvorhaben nicht nur geredet wird, sondern diese tatsächlich angegangen werden?

Diese Frage stand im Zentrum einer Studie, in deren Rahmen in einem dreistufigen, qualitativen Verfahren Strategien zur Initiierung und Umsetzung von Veränderungsvorhaben entwickelt wurden (Kuch 2006). Zunächst wurden Ärzte und Psychotherapeuten zu Problemen bei der Umsetzung von Innovationen in ihrer Organisation interviewt. Zu diesen Problemen formulierten anschließend Organisationsentwickler mit systemtheoretischen und mit lösungsorientiertem Hintergrund hilfreiche Veränderungsstrategien. Die daraus resultierenden, in Gruppen zusammengefassten Veränderungsstrategien wurden schließlich Vertretern von Berufsverbänden, Krankenversicherungen und anderen Institutionen im Gesundheitswesen vorgelegt und auf ihre Vollständigkeit und Angemessenheit hin geprüft und ergänzt.

Die aus diesem Verfahren resultierenden fünfzehn Veränderungsstrategien sind der nachstehenden Abbildung 10 zu entnehmen.

Die einzelnen Strategien werden nachstehend kurz erläutert:

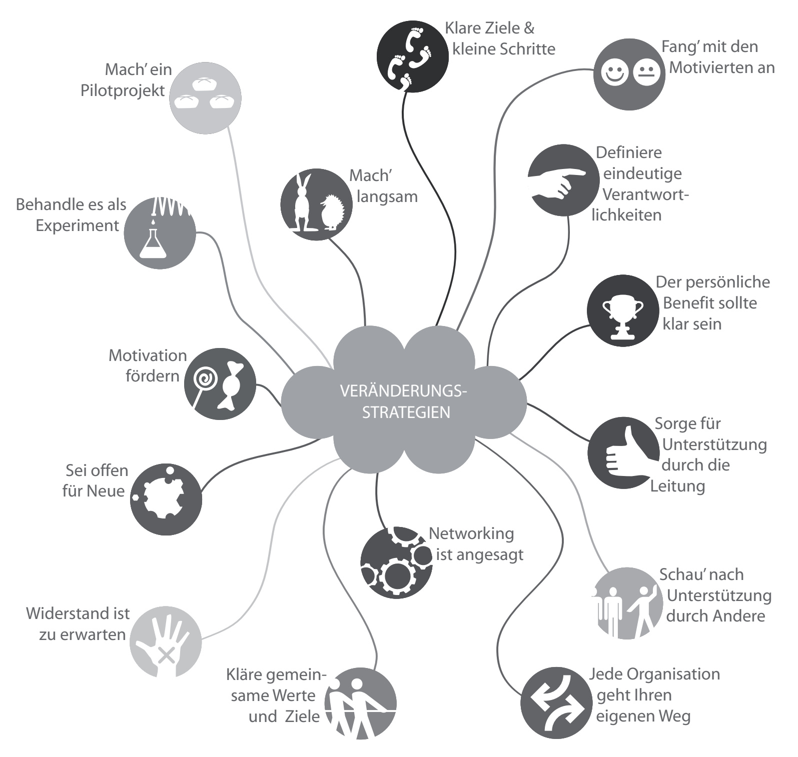


Abb. 10 Veränderungsstrategien, um Innovationen in Gesundheitsorganisationen umzusetzen, © Kuch 2007

Klare Ziele und kleine Schritte. Klare Ziele und mögliche Erfolge werden definiert, die erforderlichen und vorhandenen Ressourcen geklärt. Kleine Schritte werden gemacht, die Bemühungen evaluiert und Erfolgsgeschichten verbreitet. Dabei werden auch winzigste Schritte der Veränderung nicht vergessen.

Praktisch heißt das:

- Nicht nur allgemein „Mehr Freundlichkeit im Umgang mit Patienten" sondern auch schon „Heute morgen das freundliche Lächeln" wertschätzen.
- Nicht allgemein „Bessere Zusammenarbeit mit der Klinik" sondern ersten kleinen Schritt „Rückruf bei Anfragen innerhalb von vier Stunden sicherstellen." definieren (oder noch „kleineren" Schritt: „Entlassbriefe nicht handschriftlich, sondern immer gedruckt und leserlich.")

Fang mit den Motivierten an. Veränderung wird grundsätzlich nie übergestülpt. Der Fokus liegt bei den motivierten Personen, deren Beteiligung wird wertgeschätzt. Um in einer größeren Organisation Veränderungen zu implementieren, reicht es, mit motivierten Schlüsselpersonen zu beginnen. In kleineren Organisationen reicht es häufig schon, wenn ein oder zwei Beteiligte mit der Veränderung einfach anfangen und dann sehen, was weiter passiert.



Praktisch heißt das:

- Wer von den Mitarbeitern Interesse hat, nimmt an gemeinsamer Sitzung teil, und wird dafür gelobt – es wird niemand dazu gezwungen und für eine Nichtteilnahme gerügt.
- Wenn man z. B. die Idee hat, bei Telefonnotizen immer Name, Rückrufnummer und bester Anrufzeitraum zu notieren: selbst anfangen, das konsequent umzusetzen.

Definiere klare Verantwortlichkeiten. Verantwortlichkeiten werden von Anfang an definiert, auch, weil dann die Kommunikation besser klappt: man weiß, wer für was zuständig ist.

Praktisch heißt das:

- Frau Müller kümmert sich hauptverantwortlich um DMP Diabetes – sie koordiniert alle Aktivitäten dazu und hat diesbezüglich auch die volle Weisungsbefugnis.

Der persönliche Nutzen sollte klar sein. Da Menschen letztendlich durch ihre Motive gesteuert werden, sollte der persönliche Nutzen einer Änderung für die Betroffenen klar sein. Um den Nutzen definieren zu können, kann man die Betroffenen danach fragen, was ihre Ziele und Interessen sind, und in wieweit die gewünschten Veränderungen in irgendeiner Art und Weise zur Erfüllung dieser Ziele und Interessen beitragen können.

Praktisch heißt das:

- Noch nicht im Netz beteiligte Ärzte danach fragen, wie sie in 5 Jahren arbeiten möchten und auch danach, ob das Netz ihnen dabei helfen könnte, dies leichter, eher, einfacher, usw. zu erreichen.

Unterstützungen durch die Führung. Falls die Veränderung nicht die Idee des Chefs ist, dann wird die Veränderung mit einer Strategie, wie sie einfach umgesetzt werden kann, präsentiert. Nach einem abgestimmten Zeitraum werden dann die bis dahin erreichten Erfolge präsentiert, da praktischer Erfolg immer noch am meisten überzeugt. Daran denken: Vorgesetzte müssen von der Veränderung nicht begeistert sein, aber sie müssen sie grundsätzlich unterstützen.

Praktisch heißt das:

- Nicht erwarten, dass alle Praxisinhaber ob der Idee einer Teambesprechung jubeln, ein kurzes O. k. reicht, um erst einmal drei Teambesprechungen durchzuführen und dann zu schauen, ob sie etwas gebracht haben.

Schau nach Unterstützung durch Andere. Die Bedürfnisse von Patienten, Angehörigen, Zuweisern, usw. werden erhoben. Dann wird geprüft, ob ihnen die gewünschte Veränderung helfen könnte. Zudem kann man immer um (zusätzliche) Finanzierung durch Verbände, Institutionen u. a. anfragen. Schau' auch nach ungewöhnlichen Kooperationspartnern: Was kann der Zoo, das Museum, die Medizintechnik zum eigenen Vorhaben beitragen?

Praktisch heißt das:

- Die Zusammenarbeit mit dem Kindergarten und wöchentliche gemeinsame Workshops von Kindern und Heimbewohnern kann ebenfalls zu mehr Aktivität einiger Heimbewohner führen.

Jede Organisation braucht ihren eigenen Weg. Da jede Einrichtung unterschiedlich ist, muss ein individuelles Vorgehen geplant werden. Hilfreiche Fragen dabei sind: Wie wurde in der Vergangenheit bei uns schon erfolgreich eine umfassende Veränderung umgesetzt? Was hat dabei funktioniert? Zudem ist hilfreich, den Prozess, in dem die Veränderung erwünscht ist, zu definieren und dann den Prozess insgesamt vorsichtig zu verändern.

Praktisch heißt das:

- Erst mal die Frau vom Chef für die Veränderung gewinnen, dann läuft's bei uns.
- Nicht isoliert die Wartezeit im Wartezimmer verändern, sondern den Prozess „Patienten betritt die Praxis" bis zu „Patienten spricht mit Arzt im Behandlungszimmer" dahingehend optimieren, dass das Gespräch im Arztzimmer möglichst optimal verlaufen kann.

Networking als Daueraufgabe. Networking vergrößert die Chance erfolgreicher Umsetzung. Fördere Netzwerke, die mit dem zu verändernden Prozess in Verbindung stehen, fördere auch die Vernetzung der Beteiligten untereinander.

Praktisch heißt das:

- Im Team darüber reden, wer welche Gemeinsamkeiten mit wem hat und kurze Pausen und Pläusche der Mitarbeiter untereinander fördern.
- Kaffeemaschine auch im Keller bei der Physiotherapie aufstellen – seitdem haben die Mitarbeiter einen besseren Austausch untereinander.

Kläre gemeinsame Werte und Ziele. Veränderungen werden nur umgesetzt, wenn sie mit den vorherrschenden Werten und Normen vereinbar sind. Da die Werte von Gesundheitsorganisationen meist noch immer nicht explizit definiert sind, sollten sie geklärt werden. Da Werte nicht verordnet werden können, werden sie gemeinsam im gesamten Team definiert. Sie können dabei top down von oben nach unten entwickelt werden oder man entwickelt die Werte in den einzelnen Berufsgruppen und fügt sie dann in einer gemeinsamen Besprechung zusammen.

Praktisch heißt das:

- Ein Leitbild zu „Wie wollen wir in fünf Jahren arbeiten? Für wen? Wofür stehen wir? Was bieten wir an und was nicht?" wird im gesamten Team erarbeitet, indem alle Mitarbeiter auf Karteikarten schreiben, was Ihnen dazu wichtig erscheint. Diese Karten werden im Anschluss daran in Gruppen zusammengefasst und diskutiert. Auf Grundlage dieser Vorarbeit wird schließlich ein schriftliches Leitbild verfasst, das z. B. auch Patienten gegenüber veröffentlicht werden kann.

Widerstand ist zu erwarten. Änderungen werden nicht verordnet, da dies zu teilweise begründetem Widerstand führen kann. Es lohnt sich, die Ursachen des Widerstandes mit den Betreffenden zu klären und sie nach möglichen Vorschlägen für das Veränderungsvorhaben zu fragen, um die Qualität der Veränderung zu erhöhen. Falls man Andere von einer Sache überzeugen möchte, sollte man daran denken, dass Erfolg und Nutzen Menschen überzeugt, nicht Druck.

Praktisch heißt das:

- Herr Dr. Meier fand die Idee, so viel Aufwand um QM zu machen, eher bescheiden. Schließlich hatte er in der Klinik schon mitbekommen, dass das vor allem ein großer Papiertiger ist. Herr Dr. Meier war begeistert von den ersten Veränderungen, weil er nicht erwartet hatte, dass die Mitarbeiter so engagiert mitmachen und so tolle Ideen haben würden, und dass die Terminvergabe unter den fünf Kollegen tatsächlich geklärt werden könnte. Außerdem war ihm vorher nicht bewusst, dass es Mitarbeiter gibt, die den Eindruck haben, bisher nicht wirklich gehört worden zu sein(und sich ernsthaft über diese Veränderung freuten).

Sei offen für neue Mitglieder. Das eigene Vorhaben wird nie wie ein „Closed Shop“ behandelt, sondern ist immer offen für neue Mitwirkende, auch wenn diese zunächst ungewöhnlich erscheinen mögen. Zudem sind Änderungen Eigentum der Betroffenen. Beispielsweise bestehen Wahlmöglichkeiten bei der Umsetzung der Veränderungen. In jede Richtung wird offen über die avisierten Änderungen kommuniziert, dabei wird die Sprache der Betroffenen genutzt.

Praktisch heißt das:

- Im Ärztenetz empfiehlt es sich, den Start neuer Projekte immer kommunizieren und um aktive Mithilfe, Anregungen und Kritik zu bitten. Dies gilt selbstverständlich auch für erreichte Teilergebnisse. Die Mitglieder müssen (potenziell) die Möglichkeit haben, sich zu beteiligen. Bei der Umsetzung des Projektergebnisses, beispielsweise der Implementierung eines neuen Behandlungspfades, sollten z. B. Wahlmöglichkeiten in Bezug auf die Methode, wie der Behandlungspfad in die einzelne Praxis implementiert wird, angeboten werden.
- Für die Praxis bedeutet diese Strategie beispielsweise, dass es nicht nur einen Weg gibt, das Klima im Team zu verbessern. Jeder sollte über mögliche Ansatzpunkte zur Verbesserung mitdenken und sie einbringen können. Außerdem sollten Wahlmöglichkeiten bestehen: nicht jedes Teammitglied freut sich über einen regelmäßigen Kegelabend, es sollten mehrere Angebote überlegt werden, den Teamgeist zu stärken.

Unterstütze Motivation. Um die Motivation zu unterstützen, insbesondere nach einem Veränderungsstart, werden schon kleinste Fortschritte und Erfolge wertgeschätzt. Es lohnt sich auch, die Lösungen der Betroffenen zu imple-

mentieren: Was hat in dem betreffenden Prozess schon gut geklappt? Was kann leicht im Sinne der gewünschten Verbesserung verändert werden?

Praktisch heißt das:

- Dr. Schmidt will anfangen, Patienten stärker in die Therapieplanung einzubeziehen. Er staffelt seine Ziele: Zunächst wird er sich freuen, wenn ihm das bei dem ersten Patienten gelingt. Das nächste Ziel besteht darin, noch mehr Patienten mit Diabetes in die Entscheidung einzubeziehen. Gelingt ihm auch dies, will er bei weiteren Patienten mit anderen, auch verhaltensabhängigen Erkrankungen sein Vorgehen erproben.
- Die Arbeitsleistung des Teams am Tresen ist sehr unterschiedlich. Aber die Einnahme und Dokumentation der Praxisgebühr klappt bei allen. Wieso funktioniert das?

Behandle es als Experiment. Die Umsetzung von Veränderungen wird als Experiment behandelt. Es ist leichter, viele kleine Experimente zu unternehmen und anhand derer Neues zu lernen: „Klein und schön“ anstelle von „Perfekt und nie“.

Praktisch heißt das:

- Patienten beschweren sich über entstehende Wartezeiten. Man hat aber gegenwärtig weder die Möglichkeit, die Wartezeiten wesentlich zu reduzieren, noch ausreichende finanzielle Mittel, den Wartebereich durch innenarchitektonische Raffinessen, oder interaktive Medien „aufzupeppen“. Statt darauf zu warten, dass irgendwann einmal etwas passieren wird, kann man Patienten nach Verbesserungsideen und -wünschen befragen (einige Patienten kommen in vielen Wartezimmern herum und haben eine Menge Ideen). Im Folgenden kann sich jeder Mitarbeiter eine Maßnahme überlegen, die er alleine und aufwandsarm umsetzen kann, damit die Situation für die Patienten (und vielleicht auch für den Mitarbeiter) leichter wird.

Mach ein Pilotprojekt. Ein Pilotprojekt sollte von Mitarbeitern, die schon von sich aus am Thema interessiert sind, an einem solchen Projekt zu arbeiten, durchgeführt werden. Dabei wird darauf geachtet, was bereits gut funktioniert und es werden nur kleine Veränderungen in die gewünschte Richtung formuliert. Der Pilotcharakter wird im Unternehmen kommuniziert, damit die Beteiligten wissen, dass ungewöhnliche Dinge ausprobiert werden können. Es wird viel interne PR gemacht, damit jeder weiß, dass das Pilotprojekt durchgeführt wird. Für Input und Kritik von anderen ist das Pilotprojekt immer offen. Abschließend erfolgt eine Evaluation und die Resultate werden allen übermittelt.

Praktisch heißt das:

- Man muss nicht alles auf einmal umorganisieren. Man könnte zum Beispiel erst einmal damit anfangen, die Abläufe im Labor unter die Lupe zu nehmen und erste Erfolge, wie z. B. eine schnellere Bearbeitung, eine fehlerfreiere Dokumentation, ein noch besserer Schutz der Patienten-

daten vor unbefugtem Zugriff, zu feiern. Dabei kann man dann überlegen: Was davon können wir auf andere Bereiche der Praxis übertragen? Wo könnte etwas Ähnliches funktionieren?
- In Ärztenetzen muss nicht jede Praxis alles machen, gerade hier kann man viel voneinander profitieren. Erfolge einzelner Praxen werden im Netz kommuniziert, damit auch andere merken, dass sich die Mühe, z. B. bei der Bearbeitung eines Prozesses, oder bei der Verbesserung der Zusammenarbeit im Team, tatsächlich lohnt.

Mach langsam. Menschen, die Innovationen umsetzen wollen, sollten daran denken, dass die Dinge nur organisch wachsen und dass Veränderung Zeit braucht. Man sollte nicht zu viel auf einmal erwarten

Praktisch heißt das:
- Nicht frustriert sein, wenn nicht alle beim sektorenübergreifenden Behandlungsplan konsequent mitmachen. Stattdessen sorgsam evaluieren, an welchen Stellen sich an die Vorgaben gehalten wird und an welchen Stellen nicht. Da, wo es nicht bei allen klappt, schauen, wie diejenigen, die sich an die Vorgaben halten, dies erreichen.
- Eine Ärztin fragte andere Kollegen an, ob sie Interesse an einem kollegialen Austausch hätten. Drei Kollegen waren interessiert und zwei davon nahmen dann an regelmäßigen Treffen teil. Drei Jahre später hatte eine Gruppe von 15 Ärzten, zu denen auch Klinikärzte gehörten, begonnen, einen sektorenübergreifenden Behandlungsplan zu erstellen.

Aufgabe 12 für anwendungsfreudige Leser

Überlegen Sie ein Vorhaben, das Sie derzeit beschäftigt und schreiben Sie es bitte auf.

Lesen Sie nun alle Strategien noch einmal durch. Zu den Strategien, die Sie aus irgendwelchen Gründen ansprechen, notieren Sie bitte, was das für Ihr Vorhaben bedeutet. Was können (und sollten) Sie als Nächstes tun?

3.2 Das Instrument: „Strategiewanderung“

Um diese Veränderungsstrategien praktisch nutzbar zu machen, wurde ein Instrument entwickelt, das die Strategien mit der Formulierung von konkreten Handlungsschritten verbindet, die „Strategiewanderung“. Diese ist ein Instrument zur Unterstützung von Veränderungsprozessen. Sie hilft dem gesamten Praxisteam, passende Strategien für ein Veränderungsvorhaben strukturiert und pragmatisch zu definieren, ist aber auch für praxisübergreifende Veränderungsprozesse nutzbar.

Zu Beginn der Strategiewanderung wird zunächst das angestrebte Ziel konkretisiert. Anschließend verteilen sich die Beteiligten im Kreis um auf dem Boden ausgelegte Blätter, auf denen jeweils eine Strategie mit dem passenden Bild und kurzen erklärenden Anmerkungen abgebildet sind.

Nun fängt die „Wanderung“ an: Eine Minute lang schauen sich die Teilnehmenden die Strategien an und überlegen, welche der Strategien sie anspricht, um sich dem angestrebten Ziel zu nähern. Nach einer Minute begeben sich die Teilnehmenden zu der Strategie, mit der sie bislang am meisten anfangen konnten.

Wie bei jeder Wanderung macht man auch mal Pause und schreibt eine Postkarte: In diesem Schritt haben die Teilnehmenden zweieinhalb Minuten Zeit, um auf ausliegenden Karten die konkreten Schritte zu formulieren, die ihnen in Bezug auf das angestrebte Ziel eingefallen sind.

Im nachfolgenden Schritt, dem Plausch, haben die Teilnehmenden drei Minuten Zeit, um sich mit ihrem Nachbarn über die gewählten Strategien und die definierten konkreten Maßnahmen auszutauschen (und sich dafür kräftig zu loben).

Die Wanderung wird noch einmal wiederholt, die Teilnehmenden erwandern für sie passende Strategien, formulieren konkrete Handlungsschritte und tauschen sich darüber mit ihren Nachbarn aus.

Abschließend werden die ausgewählten Strategien zusammen mit den konkreten Maßnahmen noch einmal angeschaut und es wird überlegt, ob und in welcher Reihenfolge die formulierten Maßnahmen von wem durchgeführt werden und wann eine Evaluation erfolgt.

Der gesamte Zeitaufwand beträgt zwischen einer halben Stunde und eineinhalb Stunden. Das Instrument wurde bislang erfolgreich in Deutschland, Großbritannien, Schweden, Österreich und in der Schweiz eingesetzt. Eine der häufigsten Rückmeldungen von Teilnehmenden ist, dass man, ohne in zeitaufwändiges Gerede abzugleiten, sehr schnell konkrete Handlungsschritte gemeinsam formulieren und jeder sich dabei einbringen kann.

Eine detaillierte Beschreibung des Vorgehens ist bei Kuch (2008) zu finden, bei Interesse kann das passende Material bei der Autorin bestellt werden.

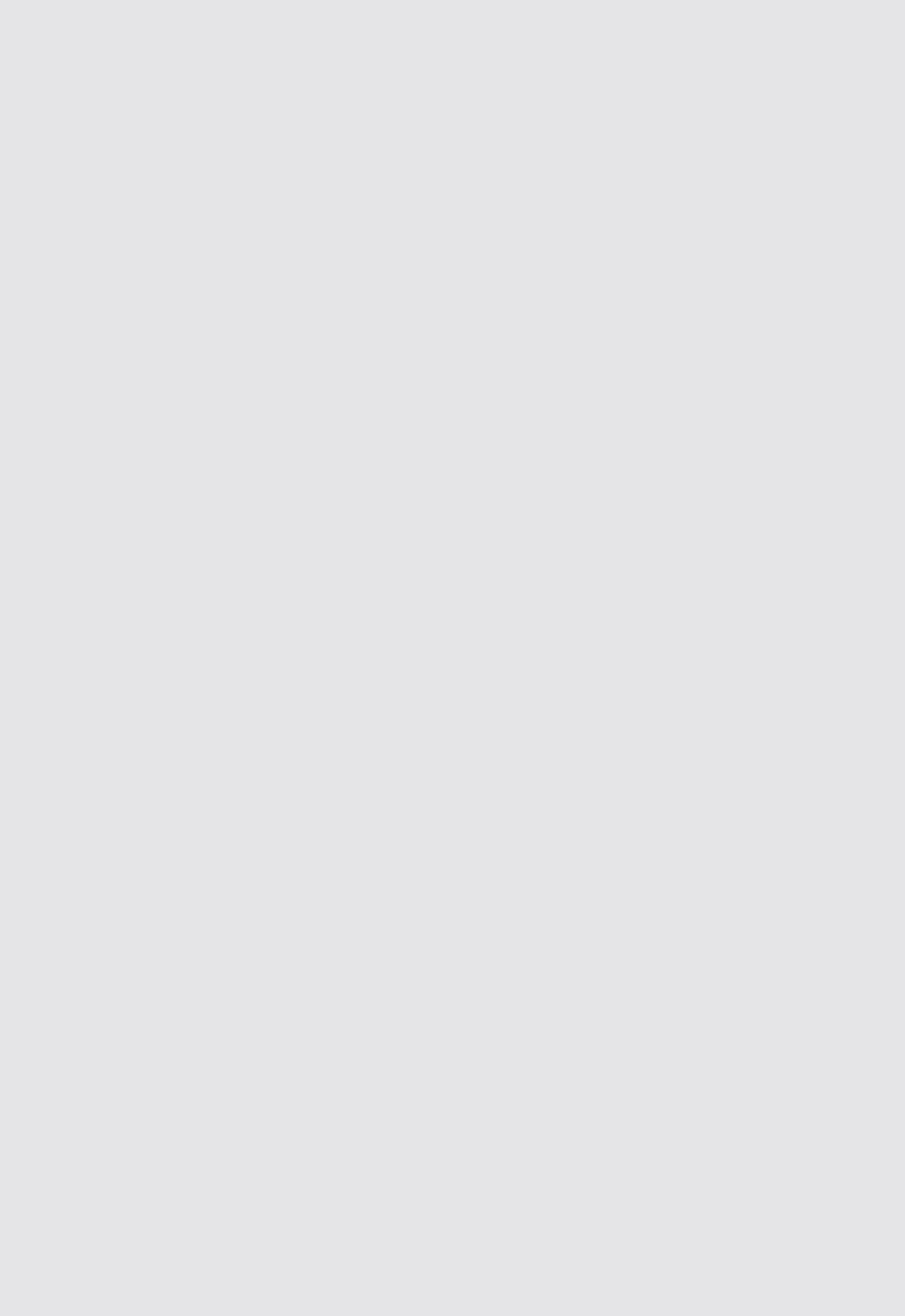
Literatur

Kuch C: Initiating Organisational Development. In: Lueger, Korn: Solution-focused management. München: Rainer Hampp Verlag 2006: 249–257

Kuch C: Strategie Wanderung. In: Röhrig: Solution tools. Bonn: managerSeminare Verlag 2008: 194–199

V

Kommunikation, Vertrauen und Verbindlichkeit



1 Einführung

Julia Bellabarba

In Teil I dieses Buches wurde deutlich, wie komplex die Definition von Qualität im Gesundheitssystem ist. Über die Regelung, die Checkliste, die Arbeitsanweisung hinaus, ist die Qualität einer Organisation geprägt durch die Beziehungsqualität im Team, im Umgang mit Patienten und Kollegen. In diesem Teil stellen wir deshalb Erfolgsfaktoren der Patientenversorgung jenseits von Checklisten vor. Kommunikation zwischen Arzt und Patient, im Team und im kollegialen (auch sektorenübergreifenden) Austausch schaffen Vertrauen und Verbindlichkeit, sie sind Grundsteine der Beziehungsqualität. Ich glaube, dass es tatsächlich keine Qualität ohne Kommunikation gibt und dass die Qualität der Kommunikation die Qualität der Beziehung bestimmt.

> *„Health care for the future needs doctors and nurses who understand that cooperation, not heroism is a primary professional value, and people committed to new forms of transparency, measurement and continual improvement."* (Don Berwick 2005)

In der Ausbildung und Sozialisierung der meisten Ärzte stand Kooperationsfähigkeit als Kernkompetenz bisher nicht im Vordergrund. Diese Fähigkeiten sind jedoch erforderlich, wenn ambulant tätige Ärzte das Verhältnis zu Patienten, Mitarbeitern und Kollegen so gestalten wollen, dass sich Zufriedenheit mit der Arbeit und Erfolg in der Patientenbehandlung einstellt. Kann man das lernen? Kann ein Buch dazu eine Anleitung liefern? Wir zeigen Ihnen durch umsetzungsnahe Vorschläge die Richtung auf: Probieren Sie aus, was in Ihrer Organisation funktioniert!

In den Kapiteln V.2 und V.3 beschreiben wir, wie durch Patienteninformation und Shared Decision Prozesse Behandlungsqualität determiniert wird. Wie erfolgreiche, effiziente Teamkommunikation organisiert werden kann,

wird in Kapitel V.4 beschrieben. Kapitel V.5 stellt eine Anleitung vor, wie der kollegiale Austausch unter Einbeziehung evidenzbasierter Behandlungsverfahren strukturiert werden kann. Im fünften Kapitel finden Sie auch ein Praxisbeispiel zur erfolgreichen sektorenübergreifenden Qualitätszirkelarbeit.

2 Patienteninformation

Julia Bellabarba

„Es gibt keine Wahrheit. Nur noch Verantwortung“, hat Heinz von Foerster gesagt. Was hat das mit unserem Thema zu tun? Patienten in Deutschland sind, im internationalen Vergleich, unzufrieden mit der Kommunikationsfähigkeit der Ärzte. Der Commonwealth Fund führte 2007 eine Befragung zur Zufriedenheit mit dem Gesundheitswesen in sieben Ländern durch (Australien, Kanada, Deutschland, Niederlande, Neu Seeland, Großbritannien, USA). Deutsche Patienten beklagten Mängel besonders bei der Koordinierung der Schnittstellen, bei der Information, Kommunikation und bei der Aufklärung durch die Ärzte. Die Verantwortung, dies zu ändern, liegt bei Ihnen.

> *„Der Arzt hat den Patienten rechtzeitig vor der Behandlung und grundsätzlich in einem persönlichen Gespräch über Art und Umfang der Maßnahmen und der damit verbundenen gesundheitlichen Risiken aufzuklären und die Einwilligung des Patienten dazu einzuholen. Formulare und Aufklärungsbögen ersetzen das Gespräch nicht. (...) Auf Fragen des Patienten hat der Arzt wahrheitsgemäß, vollständig und verständlich zu antworten. Aufklärung und Beratung müssen auch für Patienten, die sich mit dem Arzt sprachlich nicht verständigen können, verstehbar sein.“ (Patientenrechte in Deutschland, S. 10)*

Für die Patienten in Deutschland ist der Arzt die wichtigste Informationsquelle zum Thema Gesundheit. Zu den Themen Medikation und Prävention ist der Arzt für viele Patienten sogar die einzige Informationsquelle (Makoul et al. 1995). Diercks et al. (2000) erhoben die Patientenwünsche in einer Befragung von knapp 1000 Patienten zwischen 18 und 80 Jahren in Praxen niedergelassener Haus- und Fachärzte. Obwohl über zwei Drittel der Befragten, das Bedürfnis nach Informationen als „sehr wichtig“ einstuften, waren nur 50 % dieser

Patienten „sehr zufrieden“ mit den erhaltenen Informationen. Bei den Ärzten nimmt die Aufgabe, Patienten zu informieren, einen geringeren Stellenwert ein, als von den Patienten gewünscht wird (Laine et al. 1996, Makoul et al. 1995, Baum et al. 1996). Dabei zeigt eine Übersichtsarbeit schon vor mehr als 10 Jahren (Segal 1998), dass der Faktor „Information“ nicht nur wesentlich zur Patientenzufriedenheit beiträgt, sondern positive Effekte auch auf den Gesundheitszustand zeigt: Bei chronischen Schmerzpatienten, bei Diabetikern, Rheumatikern und Patienten mit chronischen psychischen Problemen sowie bei Patienten mit schweren Kopfverletzungen konnte durch eine verbesserte Informations- und Entscheidungsbeteiligung auch eine Verbesserung des Gesundheitszustand erreicht werden.

Im § 3 der QM-Richtlinie „Grundelemente eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements“ steht Patienteninformation (neben Patientenberatung, -orientierung, -sicherheit und -mitwirkung) an zentraler Stelle. Eine umfassende Information des Patienten zu diagnostischen Maßnahmen und zum Behandlungsverlauf wird also vom Arzt sowie vom Psychotherapeuten gefordert. Der Zielsetzung dieses Buches entsprechend, möchte ich das Thema Patienteninformation möglicht praxisnah anhand der folgenden drei Fragestellungen diskutieren.

2.1 Patientenaufklärung

Fragen an die Leser: Zu welchen Informationen sind Sie gesetzlich verpflichtet? Welche Patienteninformationen halten Sie darüber hinaus für unabdingbar?

- zur Erkrankung
- zur Medikation
- zu Behandlungsalternativen
- zu Eingriffen
- zu Prävention
- zur Praxisorganisation

Den behandelnden Arzt oder Psychologen trifft im Zusammenhang mit der Patientenaufklärung die Beweispflicht, d. h. er muss nachweisen, ausreichend aufgeklärt zu haben (oder dies veranlasst zu haben).

> *„Die höchstrichterliche Rechtssprechung zur Patientenaufklärung führte zu einer enormen Haftungsausweitung, weshalb jede Ärztin und jeder Arzt angesichts des daraus resultieren forensischen Risikos im Zusammenhang mit Aufklärungsmaßnahmen ... zu besonderer Sorgfalt verpflichtet ist.“ (Bock 2009, S. 17)*

Die Pflicht zur adäquaten Patienteninformation sollte jedoch nicht in erster Linie unter formalrechtlichen Aspekten betrachtet werden, oder als lästige Formalität delegiert werden, denn diese Informationsgespräche enthalten immer auch ein Beziehungsangebot auf dessen Grundlage Akzeptanz und so-

mit Compliance beruht. Im Zusammenhang mit der Aufklärungs*pflicht* des Arztes muss auch das Selbstbestimmungsrecht des Patienten bedacht und organisatorisch umgesetzt werden. Es ist also sinnvoll, im Praxisteam und auch als allein praktizierender Psychotherapeut zu überlegen, durch welche organisatorischen Maßnahmen der Patient in seinem Entscheidungsprozess unterstützt wird, und wie dies dokumentiert wird (vgl. auch Kap. V.3).

2.2 Empfehlungen

Frage an die Leser: Welche Informationsquellen (Internet, Broschüren, Bücher, Selbsthilfegruppen) möchten Sie Ihren Patienten empfehlen oder mitgeben?

Zu den häufigsten oder schwerwiegenden Erkrankungen sollte die Praxis selbst Informationen geben und gezielt auf Informationsquellen hinweisen. Es wird zunehmend wichtiger, den Markt der Patienteninformationen im Internet zu sichten und Patienten auf vertrauenswürdige, gesicherte Links hinzuweisen. Die Aufklärung bei Patienten ohne deutsche Sprachkompetenz kann wirksam durch muttersprachliches Material unterstützt werden. Unter den unten aufgeführten Links können sich Ärzte informieren, welche (qualitätsgeprüften, unabhängigen) Informationen aktuell für Patienten zur Verfügung stehen. Die unkritische Weitergabe von Broschüren, die von Pharma-Unternehmen erstellt werden, ist als problematisch zu betrachten.

> *„Medikamentenwerbung an Patienten und Bürger für rezeptpflichtige Medikamente durch die Industrie unter dem Deckmantel der Information hat erhebliche Nebenwirkungen jedoch keinen nachweisbaren Nutzen" (Mühlhauser und Lenz 2008, S. 223).*

2.3 Eigene Information

Frage an die Leser: Welche Informationen möchten Sie selber erstellen, um sich den Arbeitsablauf zu erleichtern?

Die meisten Ärzte und medizinischen Fachangestellten führen jeden Tag zeitraubende Gespräche, in denen unzählige Male dasselbe erläutet werden muss. Ausgesprochen hilfreich ist es, wenn Praxen selbst erstelltes Informationsmaterial für Patienten haben. Fragen Sie sich: Welche Informationen wiederholen wir im Laufe des Tages immer wieder? Wo entstehen Missverständnisse mit den Patienten? Wo möchten wir eine bessere Compliance erreichen? Überlegen Sie im Team, welche Informationen Sie zusammenfassen möchten, um sie Patienten mitgeben zu können. Erstellen Sie kurze Informationsblätter zu den Themen, achten Sie auf Verständlichkeit. Diese Zettel können ganz einfache, praktische Tipps enthalten, die der Patient immer wieder durchlesen kann, und für Sie einen erheblichen Zeitgewinn und eine größere Sicherheit in Hinblick auf die Umsetzung der ärztlichen Empfehlungen darstellen.

Praxisbeispiel

Eine HNO-Praxis gibt ihren Patienten Zettel mit Informationen zu folgenden Fragen mit:

- Bei Halsschmerzen: Wie mache ich einen *Halswickel* richtig?
- Bei Husten und Heiserkeit: Wie *inhaliere* ich richtig?
- Bei gereiztem oder juckendem Gehörgang: Pflegende *Behandlung des Gehörganges*
- Bei leichten Ohrenschmerzen: *Zwiebelpackungen* zur Wärmebehandlung des Ohres bei Reizungen.
- Zur Nasenspülung: Wie stelle ich eine *Salzlösung* richtig her?
- Bei verstopfter Nase: Wie führe ich eine *Nasenspülung* richtig durch?
- Bei Reizhusten: Wie wende ich einen *Brustwickel* richtig an?
- Bei Fieber: Wie mache ich einen *Wadenwickel* zur Fiebersenkung richtig?

Literatur

Baum E, Donner-Banzhoff N, Spangenberg E, Platt B: Erwartungen der Patienten und ärztliches Handeln in Allgemeinarztpraxen. In: Lang E, Arnold K (Hrsg.): Die Arzt-Patient-Beziehung im Wandel. Schriftenreihe der Hamburg-Mannheimer-Stiftung für Informationsmedizin. Stuttgart: Enke Verlag 1996; 137–150

Bock R-W: Recht für Krankenhaus und Arztpraxis. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 2009

Dierks ML, Schwartz FW, Walter U: Patienten als Kunden. Informationsbedarf und Qualität von Patienteninformationen aus Sicht der Public Health-Forschung. In: Jazbinsek D (Hrsg.): Gesundheitskommunikation. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag 2000: 150–163

Makoul G, Arntson P, Schofield Th: Health Promotion in Primary Care: Physician-Patient Communication and Decision Making about Prescription Medications. Social Science and Medicine 1995; 41 (9): 1241–1254

Laine C et al.: Important Elements of Outpatient Care: A Comparison of Patients' and Physicians' Opinions. Annals of Internal Medicine 1996; 125 (8): 640–645

Mühlhauser I, Lenz M: Verbesserung der Therapieergebnisse durch Patientenwissen? Z Evid Fortbild Qual Gesundh.wesen 2008; 102: 223–230

Sänger S, Lang B, Klemperer D, Thomeczek C, Dierks ML: Manual Patienteninformation – Empfehlungen zur Erstellung evidenzbasierter Patienteninformationen. Berlin: Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) 2006

Segal L: The Importance of Patient Empowerment in Health System Reform. Health Policy 1998; 44: 31–44

Steckelberg A, Berger B, Kopke S, Heesen C, Muhlhauser I: Kriterien für evidenzbasierte Patienteninformation. Z Ärztl Fortbild Qualitätssich 2005; 99(6): 343–51

Links

www.gesundheitsinformation.de/index.de.html

www.patientenleitlinien.de

www.akdae.de/45/index.html

www.patienten-information.de

Die Autorin hat Patienteninformationen für Kinder und Jugendliche zu folgenden Themen erstellt:

- ADHS: Meine Konzentration und ich.
- Enuresis (dtsch./türk.): Mein trockenes Bett und ich.
- Kinder- und Jugendpsychiatrische Behandlung allgemein: Mein Kinder- und Jugendpsychiater und ich.

Interessenten können sich unter info@quipps.de melden.

3 Shared Decision Making: Arzt und Patient entscheiden gemeinsam über die Behandlung

Christine Kuch

„Was kann ich tun, wenn Patienten sich einfach nicht an das halten, was ich verordnet habe?" „Wie kann man Patienten dazu bringen, das zu tun, was gut für sie ist?" „Kann ich als Arzt dafür verantwortlich gemacht werden, wenn mein Patient nicht „compliant" ist?"

Wen solcherlei Fragen hin und wieder beschäftigen, kann mit dem Ansatz des Shared Decision-Making, zu Deutsch: partizipative Entscheidungsfindung, erfreuliche Erfahrungen machen. Zum Treffen einer optimalen Entscheidung sind demnach, neben dem medizinischen Wissen und der Behandlungserfahrung des Arztes, die individuellen Werte und Präferenzen des Patienten von zentraler Bedeutung. Ihre Berücksichtigung ist unerlässlich. Dies entspricht der zentralen Qualitätsmanagementstrategie, Prozesse an den Bedürfnissen der Kunden auszurichten. Im Rahmen der partizipativen Entscheidungsfindung werden die Bedürfnisse des Patienten direkt in den Behandlungsprozess integriert.

In diesem Kapitel wird das Konzept der partizipativen Entscheidungsfindung kurz erläutert und ihre Angemessenheit diskutiert. Die praktische Umsetzung im Alltag mit konkreten Vorgehensweisen für das Arzt-Patienten-Gespräch sowie Erfahrungen, die Praktiker mit der Anwendung des Konzepts gemacht haben, sind anhand von zwei Beispielen in Teil VI beschrieben (partizipative Entscheidungsfindung bei Kreuzschmerzen [s. Kap. VI.6] und bei Depression [s. Kap. VI.7]).

Zur Erläuterung und Abgrenzung der partizipativen Entscheidungsfindung wurde ein hilfreiches Modell von Charles und Kollegen (1999) entwickelt. Sie differenzieren zwischen der partizipativen, der paternalistischen und der autonomen Entscheidung und gliedern den Entscheidungsprozess von Arzt und Patient in drei Phasen:

1. Informationsaustausch
2. Abwägen von Informationen
3. Treffen der Entscheidung

In einem partizipativen Entscheidungsprozess vermittelt der Arzt dem Patienten im Rahmen des Informationsaustauschs alle für die Entscheidung relevanten medizinischen Inhalte, während der Patient dem Arzt alle entscheidungsrelevanten persönlichen Informationen gibt. Demgegenüber erfolgt beispielsweise im Rahmen eines paternalistischen Entscheidungsprozesses der Informationsaustausch eher einseitig: der Arzt informiert den Patient, soweit er es für notwendig erachtet, über die Behandlungsalternativen. Das Abwägen der Informationen und das Treffen der Entscheidung erfolgt im partizipativen Entscheidungsprozess gemeinsam: Es geht hier nicht darum, dass der eine oder der andere „seinen Kopf" durchsetzt, sondern dass sich die beiden Beteiligten ihre Überlegungen mitteilen und man auf diese Weise zu einer gemeinsamen Entscheidung kommt. Charles und Kollegen gehen davon aus, dass die unterschiedlichen Entscheidungsformen (partizipativ, paternalistisch oder autonom) alle innerhalb *einer* Konsultation auftreten können. Ihrer Ansicht nach ist es wichtig, dass der Arzt sein Verhalten den Bedürfnissen des Patienten anpasst und ihn insofern weder überfordert und alleine lässt, noch überprotegiert und bevormundet.

Die Angemessenheit und Umsetzung der partizipativen Entscheidungsfindung wird in der Literatur diskutiert. Wie ist Ihre Meinung dazu?

Aufgabe 13 für anwendungsfreudige Leser

Bitte schätzen Sie ein, inwieweit die folgenden Aussagen in Bezug auf die Teilhabe von Patienten an Behandlungsentscheidungen zutreffend sind oder nicht und tragen Sie dies in die Tabelle 12 ein.

1. „Ärzte können bei ihren Patienten gut einschätzen, inwieweit sie sich an Entscheidungen beteiligen wollen."

Man könnte darauf antworten: „Ich schon – wie das bei anderen aussieht, kann ich nicht wissen." Man könnte jedoch auch davon ausgehen, dass auch Ärzte Menschen und damit nur eingeschränkt zur Hellseherei in der Lage sind. Und da wir wissen, dass Kommunikation immer mehrdeutig ist (Watzlawick 1969), wird es kaum möglich sein, ohne einen direkten verbalen Austausch mit dem Patienten zu „erfühlen", wie der einzelne Patient dazu steht.

Tab. 12 Einschätzung zutreffender Behandlungsentscheidungen

	trifft zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu
1. „Ärzte können bei ihren Patienten gut einschätzen, inwieweit sie sich an Entscheidungen beteiligen wollen.“				
2. „Ärzte beteiligen ihre Patienten meistens sowieso schon bei Entscheidungen.“				
3. „Ältere Menschen und Menschen mit geringerem Bildungsstand wollen sich kaum an den Entscheidungen beteiligten.“				
4. „Patienten können sich nur sehr eingeschränkt an den Entscheidungen beteiligen.“				
5. „Patienten in Entscheidungen einzubeziehen ist zwar eine schöne Idee, aber in der Alltagshektik nicht machbar.“				
6. „Patienten in Entscheidungen einzubeziehen ist zwar eine schöne Idee, bringt aber letzten Endes nichts.“				

Die Antwort auf die oben gestellte Frage könnte also lauten: „Ja, Ärzte können das sogar sehr gut einschätzen, wenn sie ihre Patienten über die Behandlungsalternativen mit ihren unterschiedlichen Vor- und Nachteilen informiert haben und sie anschließend fragen, ob sie sich an der Entscheidung beteiligen wollen.“

Da Ärzte wohl häufig auf diesen Austausch verzichten, sind die Ergebnisse in Studien ernüchternd: Ärzte unterschätzen oft, inwieweit ihre Patienten informiert und an Entscheidungen beteiligt werden wollen (u. a. Coulter et al. 1997; Entwhistle et al. 1998, Floer et al. 2004) und wissen häufig wenig von der Meinung und den Erwartungen der Patienten in Bezug auf die Behandlung (Cockburn et al. 1997; Rothenbacher et al. 1997, Britten 2004).

2. „Ärzte beteiligen ihre Patienten meistens sowieso schon bei Entscheidungen.“

Die Mehrheit der Patienten gibt vielen Studien zufolge an, an Entscheidungen beteiligt werden zu wollen, jedoch nur ein kleiner Teil davon sieht diesen Wunsch realisiert. (z. B. Coulter et al. 2003, Dierks et al. 2005). Das bedeutet jedoch nicht, dass Ärzte nicht den Versuch machen, Patienten bei Entscheidungen einzubeziehen. Allerdings scheint der Versuch bei einem Großteil der Patienten zu misslingen. Grundsätzlich zeigen Studien, dass Ärzte dem Konzept der partizipativen Entscheidungsfindung mehrheitlich positiv gegenüberstehen (z. B. Floer et al. 2004, Charles et al. 2004). Auch die kanadische Wissenschaftlerin O'Connor und ihrer Kollegen konstatieren eine deutliche

Zunahme an Leitlinien, in denen empfohlen wird sicherzustellen, dass Patienten ihre Behandlungsoptionen mit den entsprechenden Vor- und Nachteilen kennen und Patienten zu helfen, eine Entscheidung entsprechend der persönlichen Werte und Bedingungen zu treffen (O'Connor et al. 2002). Ein Beispiel aus Deutschland ist die „Hausärztliche Leitlinie zur hausärztlichen Gesprächsführung" der hessischen Leitliniengruppe (s. Linksammlung).

3. „Ältere Menschen und Menschen mit geringerem Bildungsstand wollen sich kaum an den Entscheidungen beteiligten."

Diese Einschätzung wird teilweise von Studienergebnissen unterstützt, wobei darüber hinaus auch die folgenden Faktoren positiv mit der Präferenz für eine Entscheidungsbeteiligung zusammenhängen: „weibliches Geschlecht", „für die Behandlungsentscheidung relevante Informationen erhalten zu haben" und „eher aktive Coping-Strategien der Person". Regressionsmodelle zeigen jedoch eine nur geringe Aufklärung der Varianz durch soziodemographische Variabeln wie Alter, Geschlecht und Bildung (Degner et al. 1992, Beaver et al. 1996, Ende et al. 1989, Adams et al. 2001). Das bedeutet, dass diese Variablen zwar eine Rolle spielen, aber nur von geringer Bedeutung sind für die sich schließlich in einer bestimmten Situation ergebende Präferenz.

Es wäre also schlicht falsch anzunehmen, ein alter Patient wolle sich nicht beteiligen. Das Zustandekommen der Beteiligungspräferenz ist zu komplex, als dass man es auf Alter oder Bildungsstatus reduzieren könnte. Eine größere Rolle scheinen zudem interaktionsbezogene Variablen, wie z. B. der Glaube daran, dass der Arzt einen überhaupt einbeziehen möchte, oder das Vertrauen, das man in seinen Arzt hat, zu spielen (Kraetschmer et al. 2004, Dierks et al. 2005).

4. „Patienten können sich nur sehr eingeschränkt an den Entscheidungen beteiligen."

Auf Patienten, die als Notfall ins Krankenhaus eingeliefert werden, auf schwer demente Patienten oder auf Patienten, die gerade von einer lebensbedrohlichen Diagnose erfahren haben, wird dieser Satz wohl zutreffen. Zugleich zeigen eine Reihe von Studien, dass beispielsweise auch Patienten mit psychiatrischen Erkrankungen an Entscheidungen teilhaben wollen (u. a. Hamann et al. 2005) bzw. dass es darauf ankommt, den richtigen Moment abzupassen, damit Patienten in der Lage sind, sich am Entscheidungsprozess zu beteiligen (u. a. Pereira 2000).

5. „Patienten in Entscheidungen einzubeziehen ist zwar eine schöne Idee, aber in der Alltagshektik nicht machbar."

Der britische Allgemeinmediziner Glyn Elwyn und Kollegen formulieren hierzu, dass selbstverständlich Zeitmangel eine Barriere zur Einbeziehung von Patienten in Entscheidungen sei, zumindest bei nicht trainierten Ärzten. Zu-

gleich seien aber Ärzte nicht so leicht bereit zuzugeben, dass auch eine mangelnde Fähigkeit zur Umsetzung einer gemeinsamen Entscheidung ein wichtiges Hindernis ist. Elwyn und Kollegen weisen darauf hin, dass viele Ärzte nicht mit den Techniken vertraut sind, die für eine gemeinsame Entscheidungsfindung erforderlich sind (Elwyn et al. 1999). Entsprechend konstatieren auch Loh und Kollegen, dass Schulung von Ärzten sowie unterstützende Informationsmaterialen notwendige Bedingungen sind, damit SDM auch unter zeitlichen Aspekten machbar ist (Loh 2007).

6. „Patienten in Entscheidungen einzubeziehen ist zwar eine schöne Idee, bringt aber letzten Endes nichts."

Auf diese Frage wird an dieser Stelle nicht eingegangen – eine Fülle von Informationen hierzu sind in den Beiträgen von Andreas Loh und Sabine Beck in Kapitel VI.6 und VI.7 zu finden.

Letztlich gilt in Zusammenhang mit der partizipativen Entscheidungsfindung, dass ein wirksames Medikament nur wirksam werden kann, wenn der Patient es entsprechend der Anweisungen einnimmt. Eine Veränderung bei teilweise verhaltensabhängigen Erkrankungen wie z. B. Diabetes oder Bluthochdruck wird nur dann erfolgen, wenn der Patient auch tatsächlich sein Verhalten reguliert. Die Zufriedenheit mit einem Behandlungsergebnis wird sich nur dann einstellen, wenn die entsprechenden Erwartungen an die bestehenden Möglichkeiten adjustiert werden. Neben ethischen und nutzenökonomischen Überlegungen sind es somit auch rein am medizinischen Ergebnis orientierte Überlegungen, die die partizipative Entscheidungsfindung als potenziell vorteilhaft erscheinen lassen.

Literatur

Adams RJ, Smith BJ, Ruffin RE: Patient preferences for autonomy in decision making in asthma management. Thorax 2001; 56(2): 126–132

Beaver K, Luker KA, Owens RG, Leinster SJ, Degner LF, Sloan JA: Treatment decision making in women newly diagnosed with breast cancer. Cancer Nurs 1996; 19(1): 8–9

Britten N: Patients' expectations of consultations. Patient pressure may be stronger in the doctor's mind than in the patient's. BMJ 2004; Feb 21; 328(7437): 416–7

Charles C, Gafni A, Whelan T: Self-reported use of shared decision-making among breast cancer specialists and perceived barriers and facilitators to implementing this approach. Health Expectations 2004; 7(4): 338–348

Charles C, Gafni A, Whelan T: Decision-making in the physician-patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model. Soc Sci Med 1999; 49: 651–661

Cockburn J, Pit S: Prescribing behaviour in clinical practice: patients' expectations and doctors' perceptions of patients' expectations – a questionnaire study. BMJ 1997; Aug 30; 315(7107): 520–3

Coulter A, Magee H: The European patient of the future. Berkshire: Open University Press 2003

Coulter A: Partnerships with patients: the pros and cons of shared clinical decision-making. J Health Serv Res Policy 1997; 2(2): 112–121

Degner LF and Sloan JA: Decision making during serious illness: what role do patients really want to play? J Clin Epidemiol 1992; 45(9): 941–950

Dierks ML, Seidel G: Gleichberechtigte Beziehungsgestaltung zwischen Ärzten und Patienten – wollen Patienten wirklich Partner sein? In Härter M, Loh A, Spies C (Hrsg.): Gemeinsam entscheiden– erfolgreich behandeln. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag 2005

Elwyn G, Edwards A, Kinnersley P: Shared decision-making in primary care: the neglected second half of the consultation. Br J Gen Pract 1999; 49(443): 477–82

Ende J, Kazis L, Ash A, Moskowitz MA: Measuring patients' desire for autonomy: decision making and information seeking preferences among medical patients. J Gen Intern Med 1989; 4(1): 23–30

Entwistle VA, Sheldon TA, Sowden A, Watt IS: Evidence-informed patient choice: Practical issues of involving patients in decisions about health care technologies. International Journal of Technology Assessment in Healthcare 1998; 14(2): 212–225

Floer B, Schnee M, Böcken J, Streich W, Kunstmann W, Isfort J, Butzlaff M: Shared Decision Making. Gemeinsame Entscheidungsfindung aus der ärztlichen Perspektive. Medizinische Klinik 2004; 99(8): 435–440

Hamann J, Cohen R, Leucht S, Busch R, Kissling W. Do patients with schizophrenia wish to be involved in decisions about their medical treatment? Am J Psychiatry 2005; 162: 2382–4

Kraetschmer N, Sharpe N, Urowitz S and Deber RB: How does trust affect patient preferences for participation in decision-making? Health Expectations 2004; 7(4): 317–326

Loh A, Simon D, Kriston L, Härter M: Patientenbeteiligung bei medizinischen Entscheidungen. Effekte der Partizipativen Entscheidungsfindung aus systematischen Reviews. Deutsches Ärzteblatt 2007; 104 (21): 1483–8

O'Connor AM, Jacobsen MJ, Stacey D: An Evidence-Based Approach to Managing Women's Decisional Conflict. Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing 2002; 31(5): 570–581

Pereira BJ: Optimization of pre-ESRD care: the key to improved dialysis outcomes. Kidney Int 2000; 57(1): 351–365

Rohenbacher D, Lutz MP, Porzsolt F: Treatment decisions in palliative cancer care: Patients' preferences for involvement and doctors' knowledge about it. European Journal of Cancer 1997; 33(8): 1184–9

Watzlawick P, Beavin JH, Jackson D: Menschliche Kommunikation: Formen, Störungen, Paradoxien. 11. Aufl. Bern: Huber 2007

Links

Gesprächsführungs-Leitlinie der KV Hessen

http://www.leitlinien.de/leitlinienanbieter/deutsch/pdf/hessengespraech

Informationen zur Partizipativen Entscheidungsfindung

www.patient-als-partner.de

Sammlung englischsprachiger, geprüfter Entscheidungshilfen

http://decisionaid.ohri.ca/index.html

Beispiel für eine deutsche, geprüfte Entscheidungshilfe der Uni Hamburg

http://www.mammographie-screening-online.de/Mammographie_Online/mammographie_online.html

... und weitere geprüfte Patienteninformationen der Uni Hamburg

http://www.gesundheit.uni-hamburg.de/cgi-bin/newsite/index.php?page=page_167

... sowie des IQWIG

http://www.gesundheitsinformation.de/index.de.html

4 Teambesprechung und Teamentwicklung

Christine Kuch

Teambesprechungen werden nicht umsonst als *zentrales Element eines lebendigen Qualitätsmanagements* bezeichnet. Hier können Veränderungen mit allen Beteiligten besprochen und Informationen, die für alle von Belang sind, weitergegeben werden. Die Zusammenarbeit wird gestärkt und eine angenehme Teamkultur in der Praxis gefördert. Zugleich ist die Teambesprechung ein wichtiges Instrument zur Praxisführung.

Nun könnte man sich einfach daran machen und Teambesprechungen einführen, schließlich werden sie auch in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses gefordert. In vielen Fällen sind Teambesprechungen von Anfang an erfolgreich, wenn man sich erst einmal den Ruck gegeben hat, und den Vorsatz in die Tat umsetzt.

Für diejenigen, die sich diese Sitzung effektiver wünschen, bei denen die Besprechung nicht „rund läuft", sind in diesem Kapitel einige „Tipps und Tricks" zusammengetragen, die auf langjähriger Erfahrung und vielerlei Diskussionen mit Lehrgangsteilnehmern und Beratungs- und Coachingkunden basieren.

Für die effektive Durchführung einer Teambesprechung sind diese nachstehend weiter ausgeführten Punkte relevant:

- *grundlegende Zielsetzung der Teambesprechung klären*
- *Termine und Rhythmus klären: Rituale helfen*
- *Tagesordnung – oder: Wie kommen die relevanten Themen aufs Tablett? Vorher!*
- *Protokoll* während *der Besprechung machen und zur Moderation nutzen*
- *Besprechung moderieren – und nicht zugleich leiten wollen!*

- *Gesprächskultur: Alle zu Wort kommen lassen*
- *Konflikte nicht unter den Teppich kehren*
- *hin und wieder „Nabelschau“: Teamentwicklung braucht Raum!*

4.1 Zielsetzung der Teambesprechung klären

Vor der Einführung von Teambesprechungen sollte man als Praxisinhaber überlegen, wozu man eine solche Besprechung einführen möchte. Um welche Themen geht es für Sie vor allem?

- Verbesserungsideen der Teammitglieder besprechen?
- Ziele kommunizieren?
- Meinungsverschiedenheiten klären?
- Mitarbeiter schulen?
- Auf Missstände hinweisen?
- Informationen zu neuen Abrechnungsmodalitäten weitergeben?
- …?

Wenn Sie die Zielsetzung für sich geklärt haben, prüfen Sie zunächst noch einmal nach, ob eine Teamsitzung das geeignete Instrument für die Zielerreichung ist. Beispielsweise ist eine Teambesprechung kaum der Ort, einzelne Mitarbeiter effektiv zu kritisieren – der einzige Effekt wäre hierbei ein „Stimmungstief“ im Team. Der Vorteil explizierter Ziele ist, dass man in der Folge die Teamsitzungen effizienter und effektiver auf diese Ziele hin führen kann. Um diesen Effekt noch zu unterstützen, überlegen Sie bitte, woran Sie konkret erkennen können, dass das Ziel erreicht wird:

- „Mindestens 3 Verbesserungsvorschläge der Teammitglieder wurden besprochen.“
- „Konflikte zwischen den Mitgliedern gehen deutlich zurück.“
- usw.

Außerdem können Sie jeweils nach einer Besprechung prüfen:

- „Wie groß ist mein Redeanteil?“ (Der Redeanteil der Ärzte sollte geringer sein als derjenige der Teammitglieder, sonst handelt es sich bei dem Treffen kaum um eine Teambesprechung.)
- „Beteiligen sich alle Teammitglieder?“
- „Ist die Atmosphäre so, dass man offen seine Meinung sagen kann?“
- usw.

Sollten Sie einmal den Eindruck haben, die Besprechung sei weniger geglückt, überlegen Sie bitte nicht, warum das der Fall war. Denken Sie lieber an eine gute Besprechung in der Vergangenheit, und überlegen Sie, was diese Besprechung so gut gemacht hat: Wie haben wir es damals geschafft, unsere Ziele zu erreichen? Wenn Sie mindestens 10 Punkte gefunden haben (Erna hat sich vorher um die Themen gekümmert, ich habe Kekse gekauft, wir ha-

ben gelacht, Sabine hat mich unterbrochen, wenn ich wieder mal zu lange geredet habe, Janine hat einen Vorschlag gemacht und alle waren ganz gebannt, …), überlegen Sie bitte, welche dieser Punkte Sie selbst beeinflussen können. Schließlich denken Sie darüber nach, was Sie konkret in der aktuellen Situation verändern möchten, um die nächste Teamsitzung wieder erfolgreicher zu gestalten. Nehmen Sie sich eine Sache vor, die Sie selbst leicht und mühelos umsetzen können. Meistens sind es kleine Punkte, die man im Alltagstrubel vergisst – es kommt einfach darauf an, damit (selbst!) anzufangen.

4.2 Termine und Rhythmus klären: Rituale helfen

Auch wenn man erst einmal den Eindruck hat, überhaupt keine Zeit für Teamsitzungen zu haben: Regelmäßige Termine sind essenziell. Denn nur dann kann ich mich als Mitarbeiterin darauf einstellen, mir im Vorfeld Gedanken machen, mich darauf verlassen, dass ich Dinge in Ruhe ansprechen kann und gehört werde. Wenn Teambesprechungen immer wieder ausfallen, sollte man „zurück auf Start“ gehen und überlegen, was denn lohnenswerte Ziele der Besprechung sind. Dann fällt es sicherlich wieder leichter, Zeit zu investieren.

Ein anderes Argument in Bezug auf die Ressource Zeit: Anderen Praxen ergeht es nicht anders, alle haben viel zu tun – und trotzdem schaffen es viele, Zeit für Teambesprechungen zu reservieren. Die übrigens zur Arbeitszeit und nicht zur Freizeit der Mitarbeiter gehört.

Teambesprechungen sollten mindestens einmal im Monat stattfinden, damit man sich als Leitung ausreichend, außerhalb der Routine und nicht zwischen Tür und Angel, um gute Arbeitsbedingungen des eigenen Teams kümmern kann. Die Besprechungen sollten nach Möglichkeit nicht länger als eine bis maximal zwei Stunden dauern, um eine effektive Arbeit zu gewährleisten. Sie sollten allerdings auch nicht zu kurz angesetzt werden: In 15 Minuten ist es eher unrealistisch, dass beispielsweise Konflikte angesprochen werden können.

4.3 Tagesordnung – oder: Wie kommen die relevanten Themen aufs Tablett? Vorher!

Für die effektive Durchführung der Sitzung ist es wichtig, dass am Anfang feststeht, welche Themen heute besprochen werden. Die Themen sollten schon vorher gesammelt werden, damit sich die einzelnen Teilnehmenden gedanklich vorbereiten können und nicht erst in der Sitzung anfangen zu überlegen. Zudem sollten die Themen vor allem von den Mitarbeitern vorgeschlagen werden, schließlich handelt es sich hier um ihre Besprechung. Für Möglichkeiten der Themensammlung sind der Phantasie keine Grenzen gesetzt, um hier nur einige zu nennen:

Tagesordnung Team
14.2.2010

1. Reorga Labor	*30 Minuten*
2. Urlaubsplan	*2 Minuten*
3. Einarbeitung	*10 Minuten*
4. EBM-Infos	*10 Minuten*
5. Verschiedenes	*offen*

Abb. 11 Tagesordnung Team mit Zeitplan

- große Tafel in der Küche, an die jeder Themen schreibt
- Kiste, in die man Zettel mit Themenvorschlägen wirft
- Themenbuch, das am Tresen liegt und in das jeder Eintragungen vornimmt
- Aufgabenordner „Team“ in Outlook, auf den jeder Zugriff hat
- Patient „Dreamteam“ in Praxissoftware anlegen, der Themen verordnet bekommt
- …

Für eine effiziente Durchführung der Besprechung ist es besonders hilfreich, zu Beginn der Sitzung kurz alle Themen durchzugehen und zu überlegen, wie viel Zeit welches Thema benötigt. Das mag zunächst etwas umständlich klingen, hilft aber enorm dabei, dass alle sich für die Zeit verantwortlich fühlen. Damit wird auch sichergestellt, dass alle Themen besprochen werden – anstelle des noch häufig üblichen Verfahrens, dass nur ein oder zwei Themen ausführlich besprochen und „die letzten zehn Punkte“ schnell „abgehakt“ werden, wenn alle schon den Besprechungsraum verlassen. Denn das führt dazu, dass niemand genau weiß, was eigentlich beschlossen wurde – diese Zeit kann man sparen. Die Tagesordnung (s. Abb. 11) sollte für alle sichtbar sein, die benötigten Zeiten werden zu Beginn in einer kurzen Absprache im Team eingetragen – und los kann es gehen.

4.4 Protokoll während der Besprechung machen und zur Moderation nutzen

Dass man überall den Hinweis lesen kann, ein Protokoll sei unerlässlich, wundert nicht: Schließlich passiert so viel im Alltag, dass man sich kaum daran erinnern kann, was vor einem Monat oder gar vor zwei oder drei Monaten besprochen wurde. Zumindest kann man davon ausgehen, dass verschiedene Beteiligte sich an unterschiedliche Dinge erinnern. Sinnvoll ist ein solches schriftliches Protokoll also schon, aber wo, bitteschön, soll man denn die Zeit hernehmen, auch noch ein Protokoll zu schreiben? Die Lösung lautet: Schreiben Sie das Protokoll während der Sitzung, und zwar so, dass es alle sehen

Nr.	Art	Inhalt: Was/Wozu	Wer	Wann	R

Abb. 12 Maßnahmenplan (Ergebnisprotokoll)

können. Die Investitionen von circa 60 € in eine Flipchart lohnt sich. Denn dann kann das Protokoll, das auf der Flipchart notiert wird, gleich zur Moderation genutzt werden: Diejenige, die das Protokoll an der Tafel schreibt, kann immer wieder strukturierend in das Gespräch eingreifen: „Was soll ich da jetzt genau schreiben?“, „Muss da jemand etwas tun?“, „Bis wann?“, „Wer macht was?“, „Und wann hören wir wieder davon?“ Ein sogenannter Maßnahmenplan (s. Abb. 12) bewährt sich:

Unter „Nr.“ trägt man eine fortlaufende Nummer der jeweiligen Einträge ein. Unter „Art“ wird entweder „M“ für „Maßnahme“, „E“ für „Entscheidung“ oder „I“ für „Information“ notiert, je nachdem, um was es sich hier handelt. Unter „Inhalt“ wird beschrieben was, und ggf. wozu etwas getan werden muss. Unter „Wer“ und „Wann“ werden Verantwortliche und das Datum der Erledigung notiert, unter R, wann wieder in diesem Kreis über den Punkt gesprochen wird.

4.5 Besprechung moderieren (und nicht zugleich leiten wollen)

Die Moderation von Teambesprechungen kann als eine der sichersten Methoden gelten, eine effiziente und effektive Durchführung zu erreichen. Bei dieser Moderation geht es, im Gegensatz zur reinen Gesprächsmoderation à la Will oder Christiansen, darum, eine Gruppe dabei zu unterstützen, ein gemeinsames Arbeitsergebnis zu erzielen. Zielsetzung der Moderation ist, eine Beteiligung aller Teilnehmenden zu erreichen, das Wissens- und Kreativitätspotenzial der gesamten Gruppe zu nutzen und alle Ideen, Meinungen und Ansichten kommentarlos zu sammeln. Die Gruppe wird dabei unterstützt, Themen ergebnisorientiert und effektiv zu bearbeiten und gemeinsame Entscheidungen zu treffen. Eine Moderatorin hat „den Hut auf“ für die methodische Gestaltung der Besprechung, gibt inhaltliche Fragen an die

Gruppe zurück und fragt, anstatt zu behaupten. Sie hält sich mit inhaltlichen Äußerungen zurück und ergreift nicht Partei für die eine oder andere Ansicht. Die im letzten Punkt angesprochene Neutralität oder „Allparteilichkeit“ macht deutlich, dass es sehr schwer ist, eine Sitzung gleichzeitig inhaltlich zu leiten und eine Gruppe zu moderieren. Wie soll man sich inhaltlich zurückhalten, wenn man dafür den Hut aufhat? Während es bei der Leitung um die Frage geht, *was* gesprochen wird, geht es bei der Moderation darum, *wie* gesprochen wird. Es empfiehlt sich sehr, die beiden Rollen zu trennen und als Leitung nicht zu moderieren. Der Erfahrung nach ist dies für viele Leitungskräfte deutlich entlastend. Zudem kann es äußerst hilfreich sein, eine medizinische Fachangestellte mit der Moderation zu beauftragen – das führt in aller Regel zu wesentlich besseren Ergebnissen. Gleichzeitig muss dann aber auch gewährleistet sein, dass der Arzt oder die Ärztin sich nicht einfach über Vorschläge des Moderators hinwegsetzen darf, sondern sich wie alle anderen Teilnehmenden in die Gruppe einfügt. In aller Regel reicht es für den Anfang aus, wenn man sich als Moderator vornimmt, sich möglichst nicht ins Gespräch inhaltlich einzumischen (bzw. wenn, dann deutlich zu machen, dass man gerade nicht „als Moderator“, sondern als Mitarbeiter spricht), darauf zu achten, dass sich alle gleichmäßig beteiligen, und schließlich noch die Zeit im Blick zu haben. Wer sich dann für eine größere Methodenvielfalt interessiert, kann sich ein Buch zu dem Thema Moderation oder Kreativitätstechniken kaufen (einfach eine Buchhandlung aufsuchen) und selbstverständlich gibt es auch die Möglichkeit, sich über die KVen oder andere Anbieter als (Qualitätszirkel-)Moderator ausbilden zu lassen.

4.6 Gesprächskultur: Alle zu Wort kommen (lassen)

Noch ein kurzes Wort zur Gesprächskultur: Auch der beste Moderator ist schnell überfordert, „das ganze Team einzubinden“, wenn die Regel gilt „Der Doktor hat immer Recht und darf immer dazwischenreden.“ Insbesondere die an der Teambesprechung teilnehmenden Ärzte können ganz maßgeblich und positiv auf die Gesprächskultur einwirken. Das heißt ganz konkret: sich zurückhalten, Äußerung von Mitarbeitern unterstützen – auch wenn sie mal gegen die eigene Meinung gehen, Fehler eingestehen, kurz und gut: Vorbild sein!

4.7 Konflikte nicht unter den Teppich kehren

Dass man Konflikte nicht unter den Teppich kehren sollte, ist leicht gesagt. Den meisten Menschen fällt es recht schwer, Missstimmungen offen anzusprechen. Man befürchtet negative Reaktionen, ist sich unsicher, hat „ja auch nur so ein komisches Bauchgefühl“. Dennoch darf auch an dieser Stelle

nicht der Appell fehlen: Je früher Sie eine Missstimmung ansprechen, umso leichter kann sie aus der Welt geräumt werden. Und nicht jeder Konflikt ist negativ: häufig treffen hier unterschiedliche Perspektiven aufeinander, aus denen man lernen kann. Unglücklich wird der Konfliktverlauf erst dann, wenn man immer weiter macht, die Fronten sich verhärten und persönliche Verletzungen entstehen. Aber gerade dann geht es nicht darum, aufzuarbeiten, wie es denn zum Konflikt gekommen ist (das ist eher ein probates Mittel, um den Konflikt aufrecht zu erhalten). Statt problemorientiert zwischen verhasster Vergangenheit und befürchteter Zukunft hin- und herzuschwanken, macht man es sich leichter, wenn man schaut, was denn die gemeinsamen Ziele der Konfliktparteien sind, und wie man in kleinen Schritten dort hinkommt. Ein an Lösungen orientierter Umgang mit Konflikten verzichtet auf Ursachenforschung und Schuldzuweisungen und versucht eher danach zu schauen, welche Perspektiven sich ergeben – und wie diese, nach und nach, erreichbar sind.

4.8 Hin und wieder „Nabelschau“: Teamentwicklung braucht Raum!

Die Möglichkeit zur Selbstreflexion ist eine der wichtigen Kompetenzen zur Persönlichkeitsentwicklung. Ähnliches gilt auch für Gruppen: Die Beschäftigung mit sich selbst, die manch einem zunächst ein Greuel ist, zeigt positive Konsequenzen. Wo stehen wir als Team? Wie geht's uns? Was läuft gut in der Zusammenarbeit? Was könnte dabei besser laufen? – für diese oder ähnliche Fragen sollte man sich zumindest ein- bis zweimal im Jahr Zeit nehmen – dann lassen sich auch mal besonders stressige Zeiten leichter überstehen und das Team kann seine volle Leistung bringen. Ein systematisches Vorgehen für eine solche Zusammenkunft kann man dem lohnenswerten Buch von Daniel Meier (Meier 2005) entnehmen. Das Vorgehen stellt sicher, dass sowohl positive wie negative Dinge leicht angesprochen werden können und leitet ein Team dabei sehr ressourcenorientiert an, sich auf der Basis des schon Erreichten weiter zu entwickeln.

Aufgabe 14 für anwendungsfreudige Leser

Überlegen Sie bitte: Welcher der aufgeführten Punkte hat Sie in Bezug auf Ihr Team besonders angesprochen? Oder vielleicht fällt Ihnen gerade ein für Sie (bzw. Ihr Team) wichtiger Punkt ein, der hier nicht benannt wurde? Besprechen Sie diesen Punkt in Ihrem Team und überlegen Sie gemeinsam, wie Sie das, was Sie sich vornehmen, verbindlich umsetzen können.

Literatur

Meier D: Wege zur erfolgreichen Teamentwicklung. Books on Demand 2004

5 Kollegialer Austausch

Julia Bellabarba

Tagungen, Kongresse und andere Fachveranstaltungen sind für Ärzte immer noch die häufigste Form des „ärztlichen Lernens“. Der Transfer von passiv erworbenem Expertenwissen in den klinischen Alltag ist allerdings nicht immer überzeugend.

„Aus den Erfahrungen in KVen zeigt sich, dass die klassischen Fortbildungsangebote für Kollegen interessante klinische und organisatorische Impulse vermitteln konnten. Die eigentliche Schwierigkeit besteht darin, in solchen Bildungsinterventionen Impulse zu setzen, die zu einer klinischen Verhaltensänderung der Ärzte beitragen und die begleitend dazu zu alltagstauglichen Modifikation der Praxisorganisation führten.“ (Siebolds 2004)

Die meisten Ärzte, die ihre Praxis allein führen, vermissen den fallbezogenen Austausch mit Kollegen, wie sie ihn aus der Klinik kennen, besonders bei der Behandlung komplexer, multimorbider, chronisch kranker Patienten. Zunehmend findet daher kollegialer Austausch in Qualitätszirkeln, Intervisionsgruppen und Balintgruppen statt. Dieser Austausch ist meist nicht fachgruppen- oder sektorenübergreifend, stellt jedoch für den niedergelassenen Arzt oder Psychologen eine große Unterstützung und einen maßgeblichen Beitrag zur professionellen Selbstreflexion dar.

- Supervision und Intervision sind herausragende Merkmale psychotherapeutischer Prozessqualität. Andere ärztliche Fachgruppen im ambulanten Sektor nutzen diese Methode eher selten.
- Balintgruppen dienen dem fallbezogenen Austausch (psycho-)somatisch tätiger Ärzte über Konflikte, die sie in der Behandlung ihrer Patienten erleben.
- Qualitätszirkel sind das Angebot, das Ärzte mittlerweile am häufigsten nutzen, um auf der Grundlage eines kollegialen Diskurses, an einem strukturierten, moderierten Fachaustausch teilzunehmen (Siebolds et al. 2004).

5.1 Die Patientenfallkonferenz

Eine Frage, die im Zusammenhang mit der Forderung nach praxisinternem Qualitätsmanagement im Vordergrund steht, ist: Wie kommt die Evidenz in die Praxis? Evidenzbasierte Medizin

> *„ist der gewissenhafte, ausdrückliche und vernünftige Gebrauch der gegenwärtig besten externen Evidenz für Entscheidungen in der medizinischen Versorgung individueller Patienten. Die Praxis der EbM bedeutet die Integration individueller klinischer Expertise mit der besten verfügbaren externen Evidenz aus systematischer Forschung." (D. Sackett 1997)*

Die Auseinandersetzung mit wissenschaftlicher Evidenz wird in zunehmendem Maße Aufgabe niedergelassener Ärzte und Psychotherapeuten. Sie ist gesundheitspolitisch gewollt und gesetzlich verankert. Evidenzbasierte Leitlinien wurden bereits 1999 in das Sozialgesetzbuch (SGB V) aufgenommen. Die QM-Richtlinie sieht die Ausrichtung der Versorgung an medizinischen Standards und Leitlinien ebenso vor.

Niedergelassene Ärzte und Psychologen äußern jedoch oft Vorbehalte oder Informationsdefizite „Wo finde ich denn für meine Fachgruppe Evidenzen?", „Meine Patienten wollen nicht so behandelt werden, wie es in der EbM vorgesehen ist" oder: „Ich habe keine Zeit, mich durch die Evidenzen zu arbeiten". Es geht also darum, Sicherheit und Kompetenz im Umgang mit der EbM auf zeit- und kostensparende Weise zu erlangen. Dazu eignen sich ärztliche/psychologische Qualitätszirkel und Intervisionsgruppen besonders gut: Evidenzbasierte medizinische Information können in diesen Gruppen referiert, diskutiert und dann in den Behandlungsalltag integriert werden. Dadurch wird der therapeutischen Expertise und fachlichen Selbstreflexion im kollegialen Austausch noch eine weitere Ebene hinzugefügt: die der wissenschaftlichen Bewertung. Eine strukturierte Methode, die der Patientenfallkonferenz, stellt Siebolds (2004) vor. Dieses Verfahren ist besonders geeignet, ärztliches Handeln in seiner ganzen Komplexität abzubilden, zu diskutieren, abzugleichen und zu verbessern. Die Patientenfallkonferenz integriert vier Aspekte der Reflexion:

1. die individuelle ärztliche Expertise
2. die Auseinandersetzung mit der Arzt-Patienten-Beziehung (angelehnt an Balint)
3. den kollegialen Austausch
4. die evidenzbasierten Leitlinien

Dies passiert durch ein abgestuftes, moderiertes Vorgehen in vier Schritten:

1. Reflexion der Beziehung zwischen Arzt und Patient
2. Reflexion des medizinischen Behandlungsproblems
3. Reflexion der vorliegenden Evidenzen
4. Entwicklung eines neuen, strukturierten Behandlungsplans.

Die Patientfallkonferenz nach Siebolds lässt sich sowohl in der (psychotherapeutischen) Supervisions- und Intervisionsarbeit umsetzen als auch in der (meist themenbezogenen) Arbeit der ärztlichen Qualitätszirkel. Denkbar wäre auch eine Erweiterung der klassischen Balintgruppenarbeit im Sinne einer Patientenfallkonferenz, besonders bei chronisch komplex kranken Patienten. Ablauf der Patientenfallkonferenz nach Siebolds (2004):

Erste Phase (30 Minuten): Beziehung

Der darstellende Arzt berichtet alles, was er über den vorgestellten Patienten weiß. Diese Informationen werden nicht schriftlich festgehalten. In einem freien, assoziativen Prozess diskutieren alle über den Fall und formulieren erste Vermutungen, welche Probleme in der Beziehung Arzt-Patient vorliegen könnten. Auf einem Moderationsplakat (Flip-Chart 1) werden die Ideen dokumentiert, anschließend werden erste Ideen zur Beziehungsverbesserung ausgetauscht und dokumentiert.

Zweite Phase (20 Minuten): Fakten

Der Behandlungsverlauf wird chronologisch berichtet und dokumentiert. Dazu gehören: exakte Anamnese, genauer Beschreibung der primären Erkrankung und Folgeerkrankungen, gesamte bisherige Diagnostik, Befunde, bisherige Therapie (Flip-Chart 2).

Dritte Phase (15 Minuten): Best practice

Auf einem Moderationsplakat wird nun die bisherige Therapiepraxis der Teilnehmer bezogen auf das berichtete Behandlungsproblem notiert. Demgegenüber werden Therapievorgaben aus EbM oder Leitlinien aufgeführt und diskutiert (Flip-Chart 3).

Vierte Phase (25 Minuten): Behandlungsplan

Der vorstellende Arzt entwickelt einen neuen Behandlungsplan unter Berücksichtigung der folgenden Fragen: Welches Therapieziel will ich erreichen? Welche Veränderungen in der Diagnostik und/oder in der Therapie sind notwendig? Wie rede ich mit meinem Patienten darüber? (Flip-Chart 4)

5.2 Sektorenübergreifende Qualitätszirkel: ein Praxisbeispiel

Interdisziplinäre oder sektorenübergreifende Qualitätszirkel (oder Supervisionsgruppen) werden (noch) nicht häufig gebildet. Ein Klinikchefarzt schlug vor, einen Qualitätszirkel mit den niedergelassenen Kollegen zu gründen „um denen mal zu sagen, was sie machen müssen“. Wahrscheinlich keine gute Voraussetzung für einen konstruktiven Austausch. Bei Karl Valentin heißt es

„*Sicher is', daß nix sicher is', drum bin i' vorsichtshalber misstrauisch.*" Es lohnt sich für alle Beteiligten, Misstrauen und Unsicherheit zu überwinden, und Möglichkeiten der Kooperationsverbesserung konkret im Rahmen eines gemeinsamen Qualitätszirkels zu besprechen.

Praxisbeispiel: Ein sektorenübergreifender Qualitätszirkel in der ambulanten und stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie

In einem zweistufigen Prozess wurde ein Projekt realisiert, das die Verbesserung der sektoralen Kooperation in der ambulanten und stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie bewirkte.

Ausgangspunkt: Die Initiative zur Verbesserung der Kommunikation ging im ersten Schritt von einer Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie aus. Die Praxisleitung setzte sich mit der Leitung der nahegelegenen Klinik in Verbindung und bat um die Möglichkeit einer Absprache hinsichtlich der Medikation gemeinsamer Patienten. Es wurde ein Qualitätszirkel gegründet, an dem niedergelassene Ärzte aus den angrenzenden Bezirken (Einzugsgebiet der Klinik) und die Oberärzte der Stationen teilnehmen sollten, und es wurde gemeinsam vereinbart, dass pharmakologische Aspekte der Patientenversorgung das Hauptthema des Qualitätszirkels sein sollten. Die Stimmung war anfänglich verhalten, es ergaben sich Diskussionen, die Vorwürfe an die Klinik beinhalteten (unter anderem wegen Verschreibung von Off-Label Präparaten, unverständlicher Änderung der Medikation während der stationären Behandlung und Ähnlichem).

Zwischenschritt: Die vereinbarte Teilnahme der Stationsärzte an dem Qualitätszirkel endete nach der zweiten Sitzung, die Praxisinhaber diskutierten weiter, alte Vorurteile („Kooperation mit der Klinik geht eh nicht") schienen bestätigt. Der Austausch im Qualitätszirkel war erfolgreich und fruchtbar, aber eben nicht sektorenübergreifend.

Fortsetzung: Drei Jahre nach dem ersten Schritt kam es zu einem neuen Annäherungsversuch mit der neuen Abteilungsleitung der Klinik. Gleichzeitig sucht die Klinikleitung eines weiteren Krankenhausverbundes (mit zwei Standorten für Kinder- und Jugendpsychiatrie) das Gespräch mit den niedergelassenen Kollegen. Es etablierte sich eine neue Arbeitsgruppe: drei niedergelassene Ärzte und zwei Chefärzte. Gemeinsam wurde festgelegt, welche Schnittstellenprozesse verbesserungswürdig waren:

- Arztbriefe
- Einweisungen
- akute Krisen
- Nachfragen zu einzelnen Patienten
- Gruppenprojekte und gemeinsame Visite (als mögliche, gewünschte Weiterentwicklung)

Die vier ersten Themen wurden in einem konstruktiven Diskussionsklima bearbeitet. Die Besprechungen verliefen nach einem gleichförmigen (Modera-

tions-)Muster, das bewirkte, dass jedes Gespräch mit einer Liste konkreter, umzusetzender Maßnahmen endete.

Ist-Zustand: Wo genau besteht Verbesserungsbedarf?

Soll-Zustand: Was kann konkret gemacht werden?

Verbindlichkeit: Zu welchen Veränderungen verpflichten wir uns?

Nach einem Jahr (circa sechs gemeinsamen Treffen) sah das Ergebnis für die Beteiligten ausgesprochen positiv aus: „Kleine Schrauben der Verbesserung" waren angezogen worden, und eine Vielzahl unspektakulärer, aber hochwirksamer Veränderungen in der Kooperation waren etabliert worden, die erhebliche Vereinfachungen im Alltag bewirkten (das Wichtigste dabei: Nummern für die schnelle, unkomplizierte Kontaktaufnahme per SMS wurden ausgetauscht). Eine Reihe von Vereinbarungen waren getroffen wurden, die sich auch schon im Alltag bewährt hatten. Zum Beispiel: Das Recht des niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiaters, die Aufnahme eines Patienten zu garantieren. Für die Arztbriefe wurde ein Deckblatt entwickelt, auf dem die sechs wichtigsten Punkte des Schreibens zusammengefasst sind (Medikation/Labor, Diagnose, Einweiser, Priorität bei der weiteren Vorgehensweise, Übergabe: die Klinik übergibt an den niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiater mit Ansprechpartner beim Jugendamt). Darüber hinaus wurden Strukturen etabliert (Patientenfallkonferenz), die weitere Verbesserungen zur Folge hatten. Das Vertrauen, miteinander lösungsbezogen arbeiten zu können, ist hergestellt und bildet eine tragfähige Basis, um weitere gemeinsame Projekte in Angriff zu nehmen. Von diesem Projekt profitierte auch die Klinikseite. Für sie waren folgende Punkte besonders wichtig:

- regelmäßiger Austausch mit den niedergelassenen Kollegen nicht nur zu Problemfällen
- Koordinierung und Synchronisierung von Dokumentationsprozessen
- bessere Einschätzung der therapeutischen Grundhaltung
- genauere Kenntnis der Kapazitäten und Kompetenzen von einzelnen Praxen
- Planung von Supervision und Fortbildung
- Schluss der Wissenslücke zwischen aktuellen Entwicklungen in der Klinik und in der Praxis
- Diskussion gelungener und misslungener exemplarischer und idealtypischer Einzelfälle

Literatur

Bahrs O, Gerlach FM, Szecsenyi J (Hrsg.): Ärztliche Qualitätszirkel – Leitfaden für den Arzt in Klinik und Praxis. 1., 2., 3. und 4. Aufl. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag 1994, 1995, 1996 und 2001

Balint M: Der Arzt, sein Patient und die Krankheit. 10. Auflage, Stuttgart: Klett-Cotta 2001

Bellabarba J, Schnappauf D (Hrsg.): Organisationsentwicklung im Krankenhaus. Göttingen: Hogrefe 1996

Beyer M, Gerlach FM, Breull A: Qualitätsförderung und Qualitätszirkel aus Sicht niedergelassener Ärzte und Ärztinnen. Repräsentative Ergebnisse aus Bremen und Sachsen-Anhalt. ZaeFQ 1999; 93: 677–678

Eckhardt J, Sens B: Praxishandbuch Integrierte Behandlungspfade – Intersektorale und sektorale Prozesse professionell gestalten. Heidelberg: Economica 2006

Gerlach FM, Bahrs O: Qualitätssicherung durch hausärztliche Qualitätszirkel. Strategien zur Etablierung. Berlin, Wiesbaden: Ullstein Mosby 1994

Helou A, Kostovic-Cilic L, Ollenschläger G: Nutzermanual zur Checkliste „Methodische Qualität von Leitlinien" Köln: Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung 1998

Kopp I, Thole H, Selbmann HK, Ollenschläger G (Hrsg.): Deutsches Instrument zur methodischen Leitlinien-Bewertung (DELBI). Z ärztl Fortbild Qual 2005; 99 (Sonderheft 8): 468–519

Kunz R, Ollenschläger G, Raspe H, Jonitz G, Kolkmann FW: Lehrbuch Evidenzbasierte Medizin in Klinik und Praxis. Köln: Deutscher ÄrzteVerlag 2000

Lauterbach KW, Schrappe M: Gesundheitsökonomie, Qualitätsmanagement und Evidence-based Medicine. Stuttgart: Schattauer 2001

Sackett DL, Rosenberg WMC, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS: Evidence based medicine: What it is and what it isn't. Br Med J 1996; 312: 71–72

Schrappe M: Qualität in der Gesundheitsversorgung. In: Lauterbach KW, Schrappe M: Gesundheitsökonomie,Qualitätsmanagement und Evidence-based Medicine. Stuttgart: Schattauer 2001; 263–272

Schrappe M, Lauterbach KW: Evidence-based Medicine: Einführung und Begründung. In: Lauterbach KW, Schrappe M: Gesundheitsökonomie, Qualitätsmanagement und Evidence-based Medicine. Stuttgart: Schattauer 2001; 57–66

Siebolds M, Kirchner H, Diel F: Handbuch Qualitätszirkel. Köln: Deutscher Ärzte Verlag 2004

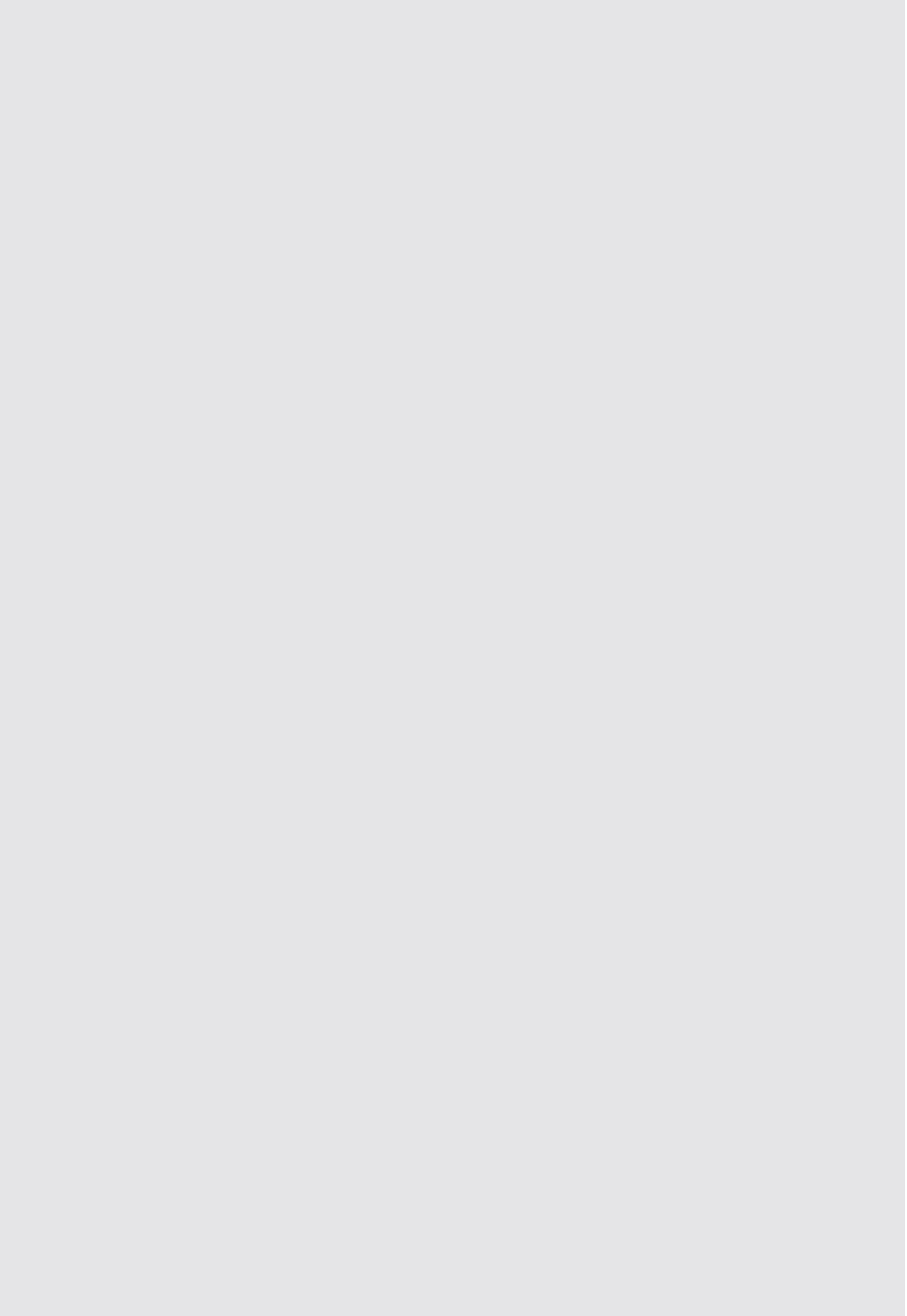
Straus SE, Richardson WS, Glasziou P, Haynes RB: Evidence-based Medicine: How to practice and teach EBM. Edinburgh: Elsevier 2005

Links

www.ebm-netzwerk.de
www.ebm-guidelines.at
www.evimed.ch
www.cochrane.de
www.wiley.com/Cochrane

VI

Praxisbeispiele



1 Einführung

Christine Kuch

Beispiele und Erfahrungen aus der Praxis sind zentral, um ein plastischeres Bild eines „lebendigen QM" zu erhalten. Wir freuen uns, so viele qualitativ hochwertige Berichte aus der Praxis von unseren Co-Autoren erhalten zu haben und danken ihnen an dieser Stelle für ihre Bereitschaft, ihr Wissen und ihre Erfahrung hier einzubringen.

Den Anfang macht ein Beitrag von Karola Pötter-Kirchner, die praktische QM-Arbeit zur Verminderung des Sprechstundenausfalls mit der Vorgehensweise der lösungsorientierten Qualitätsverbesserung beschreibt.

Eine ungewöhnliche, aber sehr erfolgreiche Verknüpfung unterschiedlicher Bewertungsmethoden wird anhand des Berliner Modells zur Qualitätssicherung in der Transfusionsmedizin von Elke Gossrau, Thomas Rogge und Christa Markl-Vieto vorgestellt. Der Beitrag zeigt, dass auch eher trockene Kontrollfunktionen im QM mit Leben und von gegenseitigem Lernen erfüllt werden können.

In den beiden folgenden Beiträgen stellen die beiden Autorinnen jeweils Ergebnisse aus einer Befragung zur Relevanz von Behandlungspfaden in Praxen (Julia Bellabarba) und einer Interview-Studie zur Entwicklung und Implementierung von Behandlungspfaden in Ärztenetzen (Christine Kuch) vor und zeigen darin auf, wie nach Ansicht der erfahrenen Interviewpartner QM in die Patientenversorgung integriert werden kann.

Der Behandlungsprozess des Patienten wird noch detaillierter in den beiden Beiträgen von Sabine Beck und Andreas Loh beleuchtet, die Möglichkeiten der gemeinsamen Entscheidungsfindung von Arzt und Patient bei Kreuzschmerzen bzw. bei Depression aufzeigen. Hier geht es im Kern darum, den Grundgedanken von QM, die Ausrichtung der Leistungserbringung an den

Anforderungen von Anspruchsgruppen, in den Kernprozess medizinischen Handelns, die konkrete Auseinandersetzung mit dem einzelnen Patienten, zu integrieren.

Den Abschluss bildet der Beitrag von H. J. Beckmann und Claudia Schrewe, die aus ihrem reichen Erfahrungsschatz schöpfen und darüber berichten, wie man Verbindlichkeit in einem Verbund fördern kann – ein Thema, dass für alle, die sich mit der nachhaltigen Umsetzung von Veränderungen – auch in kleineren Organisationen – beschäftigen, von hoher Relevanz ist.

2 Lösungsorientierte Qualitätsverbesserung zur Verminderung des Sprechstundenausfalls

Karola Pötter-Kirchner

2.1 Die Ausgangssituation

In den Jahren 2006/07 häuften sich Klagen aus verschiedenen Behandlungsbereichen des Sozialpädiatrischen Zentrums über eine hohe Anzahl ausfallender, nicht abgesagter Sprechstundentermine. Das Sozialpädiatrische Zentrum ist eine große ambulante Einrichtung der Kinderklinik der Charité in Berlin, in dem pro Jahr mehr als 10.000 chronisch kranke und behinderte Kinder und Jugendliche durch mehrere multiprofessionell besetzte Teams behandelt werden.

Der hohen Anzahl ausfallender, nicht abgesagter Sprechstundentermine stand eine hohe Zahl von Erstvorstellungsanfragen gegenüber, denen teilweise nur mit monatelangen Wartezeiten ein erster Termin angeboten werden konnte.

Eine Messung der ausgefallenen Termine für die beiden ersten Quartale 2007 konnte den subjektiven Eindruck einer hohen Ausfallquote durch Zahlen belegen. Nicht nur der Leitung war deutlich: Ein Terminausfall in diesem Umfang verursacht nicht nur Organisationsprobleme und Ärger bei den Mitarbeitern, sondern führt auch zu massivem ökonomischem Schaden für die Einrichtung.

Als Folge dieser Erkenntnisse wurde das Problem in der Qualitätskommission diskutiert und beschlossen, im Rahmen eines Projektes Lösungsvorschlägen zu erarbeiten.

2.2 Das Team

Die nächste Vollversammlung wurde genutzt, allen Mitarbeitern das Projekt vorzustellen und zur Beteiligung aufzurufen. So wurde in den folgenden Wochen eine Gruppe aus einer interessierten Ärztin und weiteren Mitarbeiterinnen zusammengestellt, die qua Funktion mit der Terminvergabe befasst sind.

Außerdem wurde noch eine Pflegekraft aus einem anderen ambulanten Bereich miteinbezogen, die bereits ein erfolgreich funktionierendes System der Terminerinnerung praktiziert.

2.3 Der Start

Das erste Treffen verlief wie folgt:

- Die Moderatorin stellte sich und das *Vorgehen im Projekt* vor, sie machte deutlich, dass weniger problem- als ressourcenorientiert gearbeitet werden sollte.
- Die Qualitätsbeauftragte erläuterte den *Projekthintergrund und die Zielsetzung*, die in diesem Fall darin bestand, Möglichkeiten zur Verminderung ausgefallener Patiententermine zu entwickeln und gegebenenfalls zu erproben.
- Die Teilnehmerinnen, stellten sich im Anschluss vor und gaben Hinweise zur *eigenen Motivation* zur Teilnahme.
  Es erfolgten hierzu Äußerungen wie:
  - „Mein Zeitaufwand und Stress in der Terminplanung verringert sich"
  - „Ich möchte verschiedene Lösungsansätze für mein Team erproben".
  - „Es ist mir wichtig, die durch den Ausfall entstehenden Kosten zu ermitteln und zu reduzieren."
- *„Sprung in die Zukunft:"* Es ist ein Jahr vergangen und die Situation ist viel besser geworden: Was ist anders, was kann man nun beobachten, wem geht es alles besser?
  Nach einigem Zögern und Wundern über die Fragestellung kam jedoch eine große Fülle an Vorstellungen über die Teamarbeit mit verlässlich eintreffenden Patienten zusammen:
  - Der Kontakt zwischen SPZ und Patienten war von beiden Seiten verlässlich und kontinuierlich,
  - die eigene Arbeit effektiver,
  - das Verhalten aller Teamkollegen einerseits gelassener den Eltern gegenüber, andererseits auch problembewusster: Man sieht ausfallende Termine nicht als notwendiges Übel an, sondern macht aktiv etwas dagegen.

  Viele der benannten Aspekte lieferten bereits Ideen für mögliche Vorgehensweisen, da sie konkrete Maßnahmen, wie z. B. die Existenz von Erinnerungskarten, -anrufen, oder Veränderungen in der Dokumentation enthielten.



- Messung: *Woran erkennen wir erste Anzeichen des erwünschten Zustands?* Hier erfolgten Angaben wie:
  - „Die Wartezeit auf einen Erstvorstellungstermin hat sich um drei Wochen verkürzt."
  - „Es liegen mehrsprachige Informationen zum erwünschten Verhalten der Patienten in Bezug auf die Termineinhaltung vor."
  - „Das Verhältnis der stattgefundenen zu den ausgefallenen Terminen hat sich messbar positiv verändert."
- Zum Abschluss wurde ein konkreter *Maßnahmenplan* beschlossen, bei dem jede Teilnehmerin Aufgaben übernehmen sollte:
  - Auswertung von Studienergebnissen zu Interventionen bei Terminausfall
  - Jede Teilnehmerin informierte mindestens 10 Kollegen über das Projekt und sucht nach weiteren Ideen.
  - Die Kollegin aus dem Bereich, der bereits ein Erinnerungssystem eingeführt hat, wird anhand von Zahlen versuchen, ihren Erfolg zu belegen.
  - Verschiedene Terminerinnerungsmaßnahmen wurden zur Erprobung verteilt: Erneutes Versenden der Ersteinladung kurz vor dem Termin, Erinnerungsaufkleber auf den Terminkarten, Telefonkontakte kurz vor dem Termin und Versenden einer Terminerinnerung mit der Bitte um Bestätigung.
- *Anmerkungen zum methodischen Vorgehen:* Es war für die Gruppe anfänglich gewöhnungsbedürftig, sich im ersten Schritt nicht mit den üblichen Problembeschreibungen und der Suche nach möglichen Ursachen zu befassen, sondern unmittelbar auf die positiven zukünftigen Verhältnisse zu fokussieren.

  Hier war die klare methodische Führung durch die Moderatorin erforderlich, um den Gruppenmitgliedern die sofortige Ausrichtung auf erwünschte Zukunft quasi zu „erlauben." Dies ermöglichte dann eine entspannte Haltung und die schnelle Entwicklung positiver Indikatoren, die in der Folge die Planung des Maßnahmenkataloges sehr vereinfachte.

  Durch die Verabredung, weitere Kollegen über die Gruppenaktivitäten zu informieren und auch ihre Vorschläge mit zu berücksichtigen, wurden weitere Ressourcen eingebunden und die gemeinschaftliche Verantwortung für das Gelingen von Arbeitsprozessen betont.

2.4 Die Aktivitäten

Das zweite Treffen fand nach zwei Monaten statt und startete mit einer:

- Einstiegsrunde: *„Was läuft inzwischen besser?“*
  - Viele Mitarbeiter haben inzwischen einen geschärften Blick für die Bedeutung des Themas.
  - Aufmerksamerer Umgang mit dem Problem: Die Dokumentation in der Patientensoftware über einen Terminausfall erfolgt sorgfältiger und der Kontakt zu den Patienten ist entspannter.
- Anschließend wurden erste *Ergebnisse der verschiedenen Erprobungen* und Recherchen zusammengetragen:
  - Die Studienrecherche hatte ergeben, dass es zahlreiche Publikationen zu Interventionen bei Terminausfall gibt. Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass jedwede Aktivität erfolgversprechend ist, entscheidend ist weniger was, sondern dass etwas getan wird. Von der Gruppe wurde dies als Hinweis darauf verstanden, dass es nicht um die Suche nach dem „besten Mittel“ gehen kann, sondern darum, für jeden Arbeitsbereich den angemessenen Umgang mit dem Problem zu finden.
  - Daten können belegen, dass das Anrufen aller einbestellten Patienten eine Woche vor dem vereinbarten Termin die durchschnittliche Ausfallrate von 13,5 % auf 10,8 % hat sinken lassen und die Wartezeit auf einen Termin sich um einen Monat verringert hat.
  - Die kommentarlose erneute Versendung der Einladung zum ersten Termin eine Woche vorher hat in dem Bereich eine 100 % Einhaltung aller nicht abgesagten Termine erreicht.
  - Ein Aufkleber auf der Terminkarte „bitte unbedingt absagen, wenn der Termin nicht eingehalten werden kann“, findet bei Kollegen und Patienten positive Resonanz.
- In einem „Probebereich“ erfolgte eine *umfassende Intervention:* Hier wurden alle Patienten, Erst- und Wiedervorstellungen schriftlich an ihren Termin mit einem speziellen Anschreiben erinnert. Die Teilnehmerinnen berichten von ihren Erfahrungen:
  - Der erforderliche Zeitaufwand für 40 Patienten in der Woche lag bei 3,5 Stunden. Dieser verhältnismäßig hohe Aufwand entstand durch eine zunächst nicht beabsichtigte Prozesskontrolle: Angesichts zufällig aufgedeckter Terminplanungs-Fehler wurden Korrekturen notwendig. Die dadurch erfolgte Fehlerreduzierung war mit der Maßnahme eigentlich nicht beabsichtigt gewesen, sozusagen ein „Kollateral-Nutzen“.
  - Neben der Fehlerreduzierung ging die Anzahl nicht eingehaltener Termin messbar (25 %) zurück.

  - Die Bitte um Rückruf zur Terminbestätigung setzte eine schwer zu bewältigende Flut von Anrufen in Gang und hat sich als nicht praktikabel erwiesen.
  - Die Erinnerungen wurden von den meisten Familien positiv aufgenommen, wenige waren über die vermeintlich unterstellte Unzuverlässigkeit befremdet. Außerdem gaben die Erinnerungen Gelegenheit Missverständnisse bei den Terminvermerken zu klären.
- *Anmerkungen zum methodischen Vorgehen:* Die Fragestellung der Einstiegsrunde „Was läuft schon besser?“ führte zu der angenehmen Erfahrung, Komplimente für die Bemühungen und Erfolge der vergangenen Wochen gegenseitig zu verteilen und zu empfangen. Vielen wurde dabei erst deutlich, dass sich vieles tatsächlich bereits positiv verändert hat, was die noch real vorhandenen Hindernisse als ebenfalls überwindbar erscheinen ließ.
  Die Abschlussreflexion dieses Treffens ergab dann Äußerungen wie: „Ich bin erstaunt wie viel wir bereits geschafft haben.“„Es tut gut, so positives Feedback zu bekommen.“ Oder: „Ich hätte nie gedacht, dass wir so viele Ideen zusammenbekommen.“

2.5 Die Projektergebnisse

Die dritte und letzte Sitzung fragte dann nach den *weiteren Schritten,* die die Gruppe nach den gemachten Erfahrungen zukünftig plant umzusetzen:

- Alle Mitarbeiterinnen waren mit ihren Maßnahmen so zufrieden, dass sie die neuen Strategien nach Möglichkeit dauerhaft beibehalten wollten. Als Hauptgründe wurden hierfür genannt:
  - Prozesskontrolle und Fehlervermeidung
  - positive Rückmeldung der Eltern und engerer Kontakt zu den Patienten
  - zufriedenere Kollegen und somit entspanntes Arbeitsklima
- Der Gruppe diskutierte auch die Limitationen: Alle Maßnahmen kosten Zeit, die in einer ohnehin verdichteten Arbeitsatmosphäre selten vorhanden ist. Der Kommentar einer Krankenschwester führte die Gruppe zu einer positiv-pragmatischen Haltung: „Wer von den Mitarbeitern Zeit zum Warten auf einen nicht erscheinenden Patienten hat, hat auch Zeit, den Patienten vorher anzurufen.“ Dennoch wurde beschlossen, mit der Präsentation der Projektergebnisse gegenüber der Leitung auch den Hinweis auf weitere Zeitkapazitäten in der Administration zu verbinden.
- In diesem Zusammenhang wurde auch die Bedeutung einer *umfassenden Dokumentation* aller Interventionen hervorgehoben: Nur wenn eine Verbesserung durch Zahlen belegt ist, kann der Sinn der Aktivitäten auch nachgewiesen werden.

- In der *Projektabschlussrunde* zeigten sich alle zufrieden mit dem Erreichten und dem zuerst ungewohnten methodischen Vorgehen. Im Projektabschlussbericht an die Leitung bieten die Gruppenmitglieder an, den Veränderungsprozess in den bislang nicht beteiligten SPZ-Teams, die die im Projekt erprobten Lösungsmöglichkeiten umsetzen, konkret unterstützen zu wollen. Sie regen an, die Gruppe für eine *Evaluation* in einem Jahr erneut zu beauftragen.

2.6 Fazit zum methodischen Vorgehen

Das Vorgehen nach der Methode der „Lösungsorientierten Qualitätsverbesserung" hat in der Gruppe schnell einen kreativen Prozess freigesetzt und durch die Ausrichtung auf positive Veränderungen eine optimistische und wertschätzende Grundhaltung bei den Teilnehmerinnen gefördert.

Der Wegfall der ansonsten üblichen Problemanalysen führt nicht nur zu einer erheblichen Zeitersparnis und zu schnelleren Lösungsvorschlägen, sondern fokussiert den Blick aller auf wünschenswerte Zukunftsvisionen, die durch das inkrementelle und konstruktive Vorgehen plötzlich erreichbar erscheinen.

Wird ansonsten im Rahmen von Qualitätsverbesserungsprojekt stark an einer Angleichung und Vereinheitlichung von Abläufen gearbeitet, die anschließend „top down" umgesetzt werden, setzt das Vorgehen nach der Methode der „Lösungsorientierten Qualitätsverbesserung" auf die Einbeziehung möglichst vieler Ressourcen und Vorschläge und fördert damit ein eher kreatives Vorgehen „bottom up."

Diese Einbindung des Einzelnen und die gemeinschaftliche Verantwortung aller für das Gelingen qualitätssteigernder Maßnahmen fördert einen Prozess der kontinuierlichen Ergebnisverbesserung, der ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement letztlich auszeichnen sollte.

3 Qualitätssicherung in der Transfusionsmedizin: Externes Audit und Peer-Review verknüpft

Elke Gossrau, Thomas Rogge und Christa Markl-Vieto Estrada

Im Jahre 2001 hat der Vorstand der Ärztekammer Berlin (ÄKB) ein Konzept für die Durchführung der Qualitätssicherung in der Hämotherapie beschlossen.

Anlass dafür war, dass die Überwachung der im Transfusionsgesetz geforderten Qualitätssicherung nicht einer Gesundheitsbehörde, sondern der Ärzteschaft selbst, d. h. den Landesärztekammern übertragen wurde. Der Umfang der Überwachung des Qualitätssicherungssystems ist hierbei abhängig von der Art und Anzahl der in der Einrichtung angewendeten Blutprodukte.

Grundsätzlich sind alle Krankenhäuser und Arztpraxen, die Blutprodukte transfundieren verpflichtet:

- für die Hämotherapie verantwortliche Personen d. h. Transfusionsbeauftragte (TB), Transfusionsverantwortliche (TV) und Qualitätsbeauftragte (QB) zu benennen.
- Die erforderliche Qualitätssicherung und das Qualitätsmanagement inhaltlich zu definieren (QM-Handbuch),
- jährlich einen Qualitätsbericht an die Landesärztekammer einzureichen und
- je nach Struktur der Einrichtung eine Transfusionskommission einzusetzen.

Um die Einhaltung dieser Forderungen wirksam überprüfen zu können, baut das Konzept der ÄKB auf Inspektionen (Audits) im Sinne von „Peer-Reviews“ auf, die durch qualifizierte Ärzte durchgeführt werden. Dadurch fördern die Audits den fachlichen Austausch der Einrichtungen untereinander nach dem Prinzip des „learning from the best“.

3.1 Konzept der ÄKB zur Überwachung der Qualitätssicherung in der Hämotherapie genannt: das „Berliner Konzept“

Das Vorgehen der ÄKB sieht drei aufeinander aufbauende Elemente vor:

- externe Audits und interne Selbstbewertungen im Wechsel
- regelmäßige jährliche Ergebniskonferenzen, in denen die Ergebnisse der Audits bewertet und diskutiert werden
- regelmäßige Fortbildungsangebote

Alle stationär und ambulant tätigen Einrichtungen, die Blutprodukte transfundieren, werden einmal im Laufe von drei Jahren von zwei Auditoren besucht und nach einem standardisierten Vorgehen begutachtet. Die Protokolle der Audits werden in der ÄKB gesammelt und ausgewertet. Die Ergebnisse der Bewertung werden in anonymisierter Form auf den jährlichen Erfahrungskonferenzen mit allen an den Audits beteiligten Personen besprochen. Besonders häufig auftretende Mängel sowie Hinweise auf Informationsdefizite dienen als Anregung für Fortbildungen.

Den Einrichtungen wird empfohlen, in den Jahren, in denen kein externes Audit stattgefunden hat, eine interne Selbstinspektion durchzuführen. Vorgaben für diese Selbstinspektionen werden von der Bundesärztekammer zur Verfügung gestellt.

Zu Auditoren können sich Qualitätsbeauftragte, Transfusionsbeauftragte und Transfusionsverantwortliche, also Ärzte, die selbst in der Hämotherapie verantwortlich tätig sind, ausbilden lassen. Die Qualifizierung findet in der ÄKB im Rahmen einer 2-tägigen Schulung statt. Mittlerweile stehen der ÄKB ca. 40 Auditoren zur Verfügung, die pro Jahr drei bis vier Einsätze absolvieren.

Jeweils zwei Auditoren (möglichst ein QB und ein TB/TV) besuchen gemeinsam eine Einrichtung und führen dort ein Audit nach einem standardisierten Protokoll durch. Die Vorgabe für das Auditprotokoll wurde von einer Arbeitsgruppe aus QB und TV in Zusammenarbeit mit der ÄKB erstellt.

Der Vorstand der ÄKB hat eine Fachgruppe zur fachlichen Begleitung und zur Bewertung der Ergebnisse eingesetzt. Die Mitglieder der Fachgruppe besitzen hohe Fachkompetenz und sind in ihrer täglichen Arbeit in entscheidungsrelevanten Positionen mit Transfusionsmedizin befasst.

Die ÄKB bietet gemeinsam mit Berliner Einrichtungen (z. B. der Charité und dem DRK-Blutspendedienst) regelmäßig die im Gesetz vorgeschriebenen 8- und 16-stündigen Qualifizierungen für TB und TV an.

Auch QB in der Hämotherapie müssen nach den neuen Richtlinien der Bundesärztekammer – sofern sie nicht den 200 Stunden Kurs „Ärztliches Qualitätsmanagement“ gemäß Curriculum der Bundesärztekammer absolviert haben – eine spezielle 40-Stunden-Qualifizierung absolvieren. Dieser Kurs, für den es ebenfalls ein Mustercurriculum der Bundesärztekammer gibt, wird in der ÄKB jährlich und in Absprache mit der Landesärztekammer Brandenburg angeboten.



Es ist ein besonders Anliegen der ÄKB, alle Beteiligten optimal in die Qualitätssicherung einzubinden. Um die Fachkompetenz der QB, TV und TB zu nutzen und die Akzeptanz der Ergebnisse zu gewährleisten, wurden während der Vorbereitung und im Verlauf dieses Qualitätssicherungsprojekts verschiedene Arbeitsgruppen (AG) etabliert, z. B.:

- eine AG „Auditprotokolle“, die für den stationären und ambulanten Bereich standardisierte Bögen zur Dokumentation der Audits erstellt und diese regelmäßig evaluiert und weiterentwickelt hat
- eine AG „Jahresbericht“, die ein Muster für den seit 2006 vorgeschriebenen Jahresbericht des QB erarbeitet hat
- eine AG „Musterfortbildung“, die für den stationären Bereich eine Musterfortbildung als Grundlage zur Qualifizierung von neuen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen erstellt hat
- eine AG „Prozessoptimierung Bluttransfusion“

3.2 Ergebnisse

Alle Berliner Krankenhäuser von den Universitätskliniken der Charité, dem städtischen Krankenhausverbund Vivantes bis hin zu Belegkliniken sowie alle ambulant transfundierenden Arztpraxen sind in das „Berliner Konzept“ eingebunden. Bis Ende 2008 wurden ca. 150 Audits in den Berliner Kliniken durchgeführt. Jede Klinik wurde bisher zweimal auditiert. In den Arztpraxen, die Transfusionen durchführen, haben bisher ca. 30 Audits stattgefunden. In fünf Ergebniskonferenzen konnten alle Beteiligten aus Kliniken und Praxen (QB, TV und TB, die eingesetzten Auditoren sowie die Mitglieder der Fachgruppe) ihre Erfahrungen und Eindrücke aus den Audits miteinander beraten.

In den *auditierten Einrichtungen* nannten die beteiligten Kollegen als wichtigstes Ergebnis der Inspektion die Beschäftigung mit Neuregelungen im Transfusionsgesetz und in den Richtlinien und der sich daraus ergebenden Forderungen. So berichteten Transfusionsverantwortliche, dass bereits die Ankündigung eines ÄKB-Audits zu einer Verbesserung der Strukturqualität in ihrer Einrichtung führte. Lange von ihnen beantragte Ressourcen wurden plötzlich bewilligt und/oder Strukturfragen wegen des anstehenden Audits geklärt. Übereinstimmend war man der Meinung, dass der Qualitätssicherung in der Hämotherapie durch die Fremdinspektionen mehr Aufmerksamkeit gewidmet wurde.

Die *Auditoren* hielten für sich selbst den Zuwachs an transfusionsmedizinischem Wissen als besonders wertvoll. Sie konnten viele praxisrelevante Beispiele für gute Problemlösungen kennen lernen und diese bei Bedarf gezielt an andere Einrichtungen weiterempfehlen. Vor allem hämatologisch-onkologische Facharztpraxen, die in großem Umfang selbst ambulant transfundieren, konnten von Auditoren profitieren, die ebenfalls Praxiserfahrung hatten und z. B. gute Tipps zur Optimierung der Koordination von Patientenein-

bestellung, serologischer Voruntersuchungen und Blutproduktlieferung geben konnten. Mehrfach hörten wir am Ende der Inspektion: „Das war ja eine wirklich produktive Veranstaltung, bei der man auf Dinge aufmerksam gemacht wurde, die einem so noch nicht bewusst waren." Auditierte wie Auditoren bescheinigten sich, gegenseitig voneinander gelernt zu haben. Allgemein wurden die Audits als wichtige Erfahrung und Vorbereitung für kommende Zertifizierungen gesehen.

Von der *ÄKB* und der begleitenden *Fachgruppe* wurde festgestellt, dass durch das „Berliner Audit-Konzept" das Thema Qualität in der Hämotherapie in allen transfundierenden Einrichtungen deutlich an Bedeutung gewonnen hat. In einem großen Universitätsklinikum wurde beispielsweise anlässlich eines Audits erkannt, dass die Einweisung junger ärztlicher Kollegen in die Transfusionspraxis nicht ausreichend geregelt war. Das von der Transfusionskommission daraufhin entwickelte Einarbeitungskonzept wurde mittlerweile, selbstverständlich mit Genehmigung, von anderen Kliniken übernommen. Gerade dieses Beispiel zeigt, dass anfänglich vorhandene Berührungsängste und Sorgen, die Konkurrenz könnte zu tief in das eigene Haus Einblick nehmen, durch die kollegiale Zusammenarbeit abgebaut wurden. Dies ist sowohl dem engagierten Einsatz der Auditoren als auch der überraschend guten und konstruktiven Zusammenarbeit mit den Trägern der jeweiligen Einrichtungen zu danken.

Bei allen positiven Aspekten des „Berliner Konzepts" zur Qualitätssicherung in der Transfusionsmedizin darf nicht übersehen werden, dass es von allen Beteiligten einen hohen Einsatz an Aufwand, Zeit und Flexibilität fordert. Sowohl für die ÄKB und ihre ehrenamtlich tätigen Gremien als auch und vor allem für die auditierten Einrichtungen und die beteiligten Auditoren entsteht ein Zeitaufwand, der nur akzeptiert wird, solange ein allseitiger Nutzen aus dem Projekt gezogen werden kann. Mit anderen Worten: Dies ist eine Herausforderung, der nur durch kontinuierliche Verbesserung und Weiterentwicklung des Konzeptes begegnet werden kann.

Die Auditoren erhalten für ihre Einsätze eine Aufwandsentschädigung, die für niedergelassene Kollegen wegen des Praxisausfalles etwas höher liegt als die für angestellte Ärzte. Die Kosten für das Projekt tragen bisher die ÄKB und Berliner Blutspendeeinrichtungen als Sponsoren. Ob es in Zukunft eine mit Gebühren verbundene Zertifikaterteilung für den erfolgreichen Auditbesuch geben wird oder ob es weiterhin bei einer durch Sponsoring gemilderten Finanzierung durch die ÄKB bleibt wird sich zeigen.

3.3 Auswertung der Audits und der Jahresberichte

Im Folgenden möchten wir auf die Darstellung fachlicher Einzelergebnisse verzichten, sondern uns auf die Erwähnung einiger grundsätzlicher Erkenntnisse, die wir aus den Audits und aus den Jahresberichten für das Jahr 2006 gewinnen konnten, beschränken:



- Ein Qualitätssicherungshandbuch für die Hämotherapie oder eine verbindliche Transfusionsordnung konnten alle Einrichtungen vorlegen.
- Die gesetzlich vorgeschriebenen verantwortlichen Personen waren weitgehend benannt. Vertretungsregelungen konnten in kleineren Häusern mit einer geringen Mitarbeiterzahl oft nicht sichergestellt werden.
- Die Dokumentation bei der Anwendung von Blutprodukten war in 97 % der Einrichtungen zufrieden stellend geregelt, davon bereits dreiviertel über EDV, einviertel noch auf Papier.
- Optimierungspotenzial gab es bei der Fortbildung. Nur 52 % der Einrichtungen führten zwei oder mehr Fortbildungen in der Hämotherapie durch, 12 % konnten keine Angaben dazu machen.
- Das Qualitätsmanagementsystem Hämotherapie war bei 75 % der Einrichtungen in das gesamte Qualitätsmanagementsystem des Hauses integriert, was positiv bewertet wurde.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass durch die Vor- und Nachbereitung der Audits, die Erfahrungskonferenzen und die intensive Tätigkeit in den Arbeitsgruppen im Rahmen des „Berliner Konzepts“ sich eine sehr gute Kommunikation zwischen der Ärztekammer und den transfundierenden Einrichtungen entwickelt hat. Das hat den Vorteil, dass bei auftretenden Problemen, insbesondere bei der Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben und Richtlinien in den Kliniken und Praxen, praktisch und zeitnah beraten werden kann. Vor allem für kleinere Arztpraxen, die oft das Problem haben z. B. die erforderlichen Fortbildungen und Hospitationen zu absolvieren und die nicht alle Funktionsstellen besetzen können, sind pragmatische Lösungen erforderlich, die sich aber im gemeinsamen Gespräch mit der Ärztekammer in der Regel finden lassen.

Im Ergebnis der guten und intensiven Zusammenarbeit verfügen wir darüber hinaus, dank vieler Anregungen aus der Praxis, schon heute über eine Liste von Vorschlägen, die wir für künftige Novellierungen der Richtlinien an die dafür zuständigen Stellen weiterleiten werden.

Soweit uns bekannt ist, gibt es ein vergleichbares Audit-Konzept in anderen Bundesländern noch nicht. Ein Grund dafür könnten in einem Flächenstaat die weiten Entfernungen zwischen den transfundierenden Einrichtungen und der damit verbundene Zeit- und Fahraufwand für Auditoren sein. Trotzdem können wir uns vorstellen, dass Modifikationen unseres Berliner Audit-Konzepts möglich sind. Gerne sind wir bereit unsere Erfahrungen weiterzugeben.

4 Praxisinterne Behandlungspfade: Was bringen sie den Ärzten, Fachärzten und Psychotherapeuten?

Julia Bellabarba

Was sind praxisinterne Behandlungspfade? Der praxisinterne Behandlungspfad (oder diagnostische Pfad) ist eine strukturierte Beschreibung (bzw. Darstellung) eines (therapeutischen oder diagnostischen) Standardprozesses, der alle spezifischen organisatorischen und medizinischen Leistungen der Praxis abbildet. Wie kann der strukturierte Ablauf der Behandlung konkret aussehen? Abbildung 13 stellt einen Behandlungspfad zur Notfallversorgung dar. Er wurde in einer Gemeinschaftspraxis für Allgemeinmedizin erstellt: Den Praxisinhabern und dem Team ermöglicht diese Darstellung, bei der Versorgung von Notfallpatienten festgelegte Standards der Versorgung umzusetzen.

Für den „normalen" Praxisbedarf ist es in der Regel einfacher, wenn die Pfade nicht als Flussdiagramme (also Flowcharts) aufgezeichnet werden, sondern in tabellarischer Form als Text. Eine mindestens dreispaltige Tabelle enthält alle notwendigen Informationen: Was wird gemacht? Wer ist zuständig? Welche Unterlagen/Materialien gehören dazu? Tabelle 13 zeigt einen Teil eines Behandlungspfades für Patienten mit systemischem Lupus erythematodes (SLE) erstellt von einer Arbeitsgruppe der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (und von der Autorin in tabellarischer Form wiedergegeben).

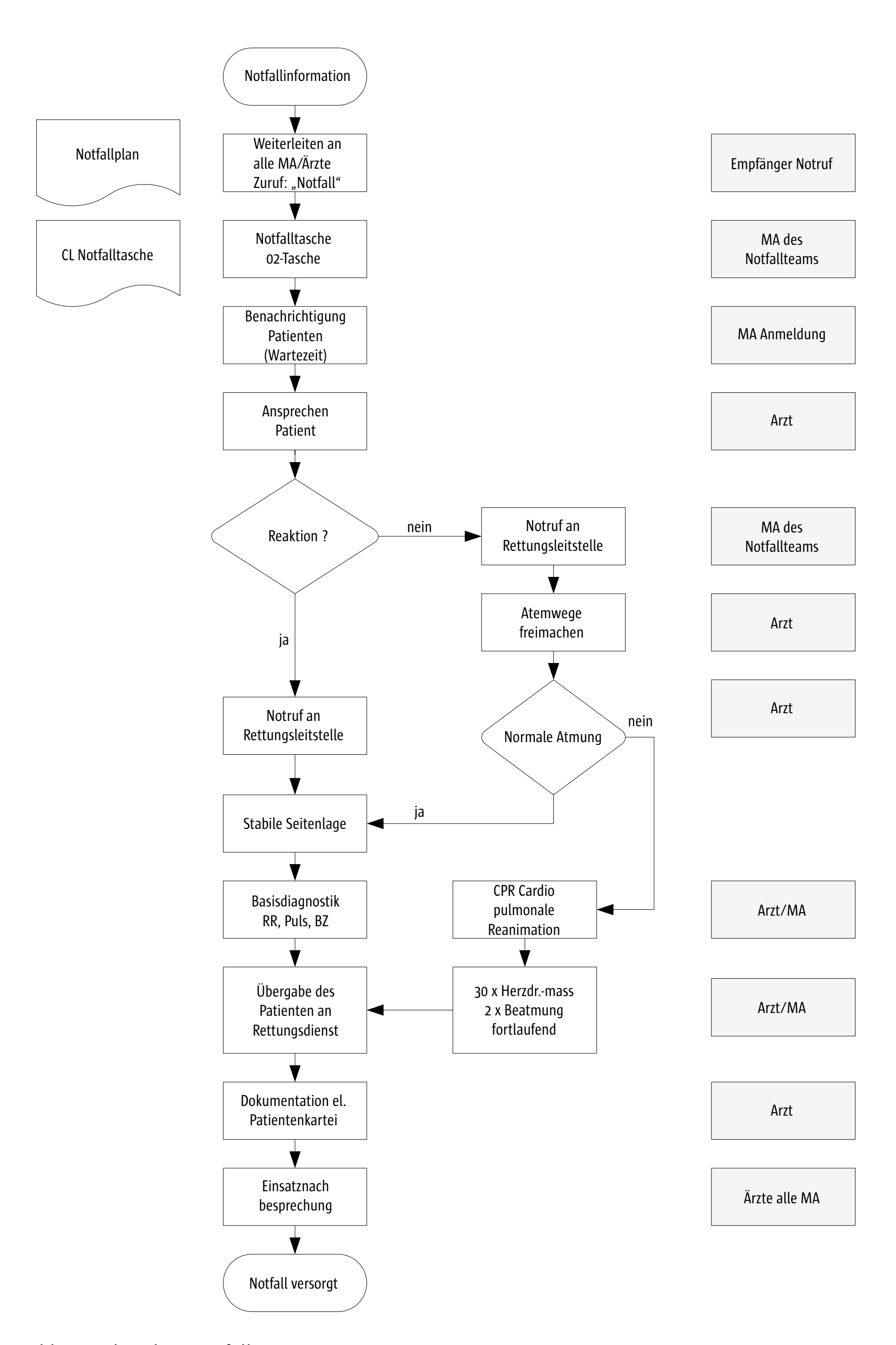


Abb. 13 Flowchart-Notfallmanagement

Tab. 13 Behandlungspfad SLE tabellarisch

Was?	Wer?	Unterlagen?
Vor jedem Arzt-Patientenkontakt:		
Blutdruckmessung, Urinbefund und Kontrolle des Vorliegens aller relevanten Laborbefunde.	MFA	Befunde
Zusätzlich werden Befunde erhoben, die nach Kontrollintervall bzw. Anweisung des Arztes zu diesem Termin notwendig sind (ggf. Vereinbarung Labortermin).		
Die Patientenakte wird auf Vollständigkeit überprüft (z. B. Überprüfung, ob der neurologische Befund vorliegt). Wenn die Unterlagen nicht vollständig sind, erläutert die Helferin dem Patienten erneut die Wichtigkeit und kümmert sich ggf. um Beschaffung fehlender Befunde.		Patientenakte
Die Helferin bereitet die Akte vollständig vor und bringt diese in das Untersuchungszimmer. Der Arzt informiert sich vor dem Patientenkontakt kurz über aktuelle Werte.	MFA/Arzt	
Bei jedem Arzt-Patientenkontakt:		
Aktualisierung der Anamnese. Zusätzlich werden bei jedem Patienten folgende Fragen gestellt und dokumentiert:	Arzt	DOK ECLAM-Bogen
Allgemeine Fragen zum Gesundheitszustand (Infektionen, Befunde anderer Fachärzte, Besuch der Rheumaliga usw.)		Allgemeiner Fragebogen der Praxis
Wirksamkeit/Verträglichkeit/Nebenwirkungen der Therapie		
Umsetzung der Therapie durch den Patienten		
Eine symptombezogene körperliche Untersuchung wird durchgeführt:		
Die Therapie wird geplant bzw. aktualisiert:	Arzt	Patientenakte
Therapie des SLE orientiert sich der klinischen Manifestation der Erkrankung unter Berücksichtigung des Schweregrades.		
Die medikamentöse Therapie stützt sich auf NSAR, Antimalariamittel, Corticosteroide und Immunsuppressiva die entsprechend dem Schweregrad der Erkrankung eingesetzt werden.		ggf. Information zur Medikation
Der Arzt orientiert seine Therapieentscheidungen an den Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie.		
Der Arzt trägt dafür Sorge, mögliche Organmanifestationen frühzeitig zu erkennen. Dazu sind eigene Untersuchungen oder die Mitbehandlung von Fachkollegen geeignet.		ggf. Leitlinien
Gemeinsam mit dem Patienten werden Therapievorschläge/Entscheidungen/Änderungen besprochen.		
		ggf. Informationsmaterial für Patienten

Was?	Wer?	Unterlagen?
Die daraus resultierenden notwendigen klinischen und labortechnischen Kontrolluntersuchungen werden geplant und durchgeführt:	Arzt	
richten sich ebenfalls nach diesen Richtlinien und dem Diagnose-/Therapieüberwachungsschema SLE (siehe IR Diagnostik).		
Auf dem Diagnostik-Laufzettel werden notwendig Untersuchungen (sofort oder zum nächsten Termin durchzuführende Untersuchungen) vom Arzt dokumentiert und oben auf die Akte geheftet. Bei Bedarf erhält die Helferin eine kurze Erläuterung.		Diagnostik-Laufzettel
Die Arzthelferin überwacht die Umsetzung der Maßnahmen (Funktionsdiagnostik in der Regel sofort, Patienteninformation über Fachärzte, Überwachung, dass die zum nächsten Termine angewiesenen diagnostischen Maßnahmen veranlasst werden). (...)	MFA	

Was bringt das? Der praxisinterne Behandlungspfad beruht in der Regel auf evidenzbasierten Leitlinien, ist jedoch als eine individualisierte, auf die Gegebenheiten der Praxis bezogene Darstellung zu verstehen. Die QM-Richtlinie des GBA fordert die Dokumentation der praxisinternen Pfade nicht explizit, sondern weist auf die Verpflichtung hin, Behandlungsabläufe zu „strukturieren". Darüber hinaus schreibt die Richtlinie vor, „als Instrumente eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements sind insbesondere zu nutzen: (...) Prozess- und Ablaufbeschreibungen". Ich habe in Kapitel III.4 dargestellt, dass die wesentlichen Prozesse einer Praxis am Patienten stattfinden, es liegt also nahe, genau diese Prozesse zu beschreiben und sie damit zu reflektieren, zu analisieren und zu verbessern. Viele niedergelassene Ärzte fragen: Was soll das? Ich weiß schließlich selber, was ich mache. Es ist in der Tat so, dass sich die Nützlichkeit praxisinterner Pfade umso mehr erschließt, desto komplexer (größer) die Praxis ist und desto komplexer (störungs- und fehleranfälliger) die zu beschreibenden Prozesse sind. Was also bringen praxisinterne Behandlungspfade der einzelnen Praxis?

Praxen, die eigene Pfade erstellt haben und von der Autorin dazu befragt wurden, haben die Vorteile so beschrieben:

- Die Erstellung des Pfades führt zu einer Reflexion (oder Diskussion im Team) über notwendige Standards der Behandlung.
- Praxisinterne Behandlungspfade ermöglicht es, zu reflektieren: Wie integriere(n) ich (wir) neues Zusatzwissen in die bewährten Behandlungsabläufe?
- Der Praxisleitung erleichtert der Pfad die Delegierbarkeit von Einzelleistungen.
- Der Pfad gibt allen Beteiligten im Team Sicherheit, besonders beim Einstieg neuer Mitarbeiter.



- In der psychotherapeutischen Praxis: Das Therapiemanual bildet die idiosynkratischen Vorgehensweise des Psychotherapeuten nicht ab. Der Pfad hat den Vorteil: Man definiert, was man real in der Psychotherapie tut und überprüft die Wirksamkeit.
- Behandlungspfade schaffen die Transparenz, die im Rahmen von Honorarverhandlungen nötig ist.
- Unmittelbar sinnvoll (auch für die einzelne Praxis) erscheinen Pfade immer dann, wenn sie sektorenübergreifende, integrierte Prozesse abbilden (vor allem, weil die Erstellung sektorenübergreifender Pfade einen intensiven Austausch aller Beteiligten voraussetzt, der meist wichtiger ist als das Ergebnis „Pfad").

Überprüfung der Wirksamkeit der Behandlung: die Erhebung von Prozessindikatoren und Ergebnissen ist eines der wichtigsten Instrumente für die Qualitätsentwicklung der Organisation. Wir haben sie im Kapitel III.4 und III.5 beschrieben. Die Praxis, die eigene Behandlungspfade erstellt, sollte also immer die Überprüfung (CHECK im PDCA- oder Deming-Kreis) des Behandlungserfolges in den dokumentierten Pfad integrieren. Indem die Evaluation der eigenen Behandlungsbemühungen als ein Teil Ihres praxisinternen Behandlungspfad beschrieben (und durchgeführt) wird, enthält der Pfad eben genau die Informationen „die einen Unterschied machen" und ist damit eine wirklich gewinnbringende Informationsquelle für die Verbesserung Ihrer Behandlungsqualität.

Sie finden hier ein Beispiel aus dem hervorgeht, wie die Erhebung von Indikatoren innerhalb eines Behandlungspfades verbindlich festgelegt werden kann.

Praxisbeispiel: Qualitätssicherung im Rahmen eines Behandlungspfades für Patienten mit „systemischem Lupus erythematodes (SLE)" erstellt von einer Arbeitsgruppe der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie

Bei einer Stichprobe von 10 Patienten wird die Lebensqualität über einen SLE Lebensqualitätsbogen/SF36-Bogen/SF-12-Bogen von der Helferin erfasst.

Einmal im Quartal wird der ECLAM erfasst. Eine Helferin erstellt einmal jährlich eine Auswertung.

Bei jedem Arztkontakt wird der SLEDAI erfasst und einmal jährlich über die Kerndokumentation des Rheumaforschungszentrums gemeldet und ausgewertet. Der Jahresbericht wird zunächst von den Ärzten besprochen und kurz in einer Teamsitzung vorstellt.

Literatur

Eckardt J, Sens B: Praxishandbuch Integrierte Behandlungspfade – Intersektorale und sektorale Prozesse professionell gestalten. Heidelberg: Economica 2006

Kopp I, Thole H, Selbmann HK, Ollenschläger G (Hrsg.): Deutsches Instrument zur methodischen Leitlinien-Bewertung (DELBI). Z ärztl Fortbild Qual. 2005; 99 (Sonderheft 8): 468–519

Müller-Brodmann W, Edelmann E, Karger T: Rheumatologie. In: Kassenärztliche Bundesvereinigung, Berufsverband Deutscher Internisten, Birkner B, Diel F, Gibis B, Ludwig M (Hrsg.): „Qualitätsmanagement Innere Medizin“. Heidelberg: Springer 2007

Schlüter L, Roeder N, Schaff C: Behandlungspfade in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Münster: Schüling 2006

Wutzler U, Müller R: Einführung eines Qualitätsmanagements in den Praxen im Bereich der KV Südwürttemberg. Ärzteblatt Baden-Württemberg 2003; 1

5 Behandlungspfad im Ärztenetz – Erfolgsfaktoren aus der Praxis

Christine Kuch

5.1 Hintergrund und Zielsetzung

Die Entwicklung und verbindliche Umsetzung von Behandlungspfaden – eine Kür der Netzarbeit? Nach außen wird an ihnen die Vertragsfähigkeit der Netze ersichtlich, nach innen zeigt sich daran deutlich, wie sehr man bereit ist, die Interessen des Netzes über die individuellen Interessen zu setzen. Denn einen Behandlungspfad umsetzen bedeutet konkret, dass man das eigene Verhalten während der Behandlung an dem vorgegeben, für alle Beteiligten gleich geltenden Pfad ausrichtet.

Im 2. Quartal 2008 bestanden mehr als 5500 Verträge der integrierten Versorgung. Da die Anschubfinanzierung für IV-Verträge nach § 140 SGB V zum Jahresende 2008 auslief, wird sich nun zeigen, welche Verträge tatsächlich das halten, was sie versprechen. Insofern ist es treffender zu formulieren: die Entwicklung und verbindliche Umsetzung von Behandlungspfaden ist inzwischen nicht nur Kür, sondern auch Pflicht erfolgreicher Netzarbeit.

Doch wie „funktioniert" eine erfolgreiche Entwicklung und verbindliche Umsetzung von Behandlungspfaden in der Praxis? Welche Faktoren spielen dabei eine Rolle? Diese Fragestellung stand im Zentrum einer qualitativen Interviewstudie.

5.2 Interviewmethode

Im Zeitraum Oktober/November 2008 führte die Autorin mit zehn Vertretern von Ärztenetzen ein offenes Telefoninterview zum Thema „Entwicklung und Implementierung von Behandlungspfaden in Ärztenetzen“ durch. Die vertretenen Netze unterscheiden sich in Hinblick auf Größe, Dauer des Bestehens, Gesellschaftsform und Erfahrung mit Behandlungspfaden. Teilnehmer waren, unter anderen, Dr. med. Hartmut Hesse (PriMa-eG, Marburg), Dr. Albrecht Lang (MuM – Medizin und Mehr, Bünde), Dr. med. Bernhard Tenkhoff (clinpath GmbH, Berlin) und Dr. med. Christoph Zenses (solimed UG, Solingen). Ihnen allen sei an dieser Stelle noch einmal herzlich für ihre Bereitschaft, sich hier aktiv einzubringen, gedankt.

Die Interviewpartner, die fast durchweg mehrere Behandlungspfade mit entwickelt hatten, beantworteten die folgenden Leitfragen im Telefoninterview:

- Was empfehlen Sie, worauf sollte man bei der Entwicklung von Behandlungspfaden in Netzen achten?
- Welche Fehler sollten andere besser nicht wiederholen?
- Was kann man sonst noch tun, um sich das Leben beim Entwickeln schwer zu machen?
- Was kann man tun, um es sich leicht zu machen?
- Was haben Sie noch nicht ausprobiert, würden es aber gerne beim nächsten Mal tun?
- Vielleicht können Sie eine „goldene Regel“ für die Entwicklung von Behandlungspfaden formulieren: Wie lautet diese?
- Nun noch eine letzte Frage zur Implementierung von Behandlungspfaden: Was meinen Sie, worauf sollte man hierbei achten? Was fördert eine erfolgreiche Implementierung?

5.3 Ergebnisse im Überblick

Insgesamt, so viel sei einleitend vorweggenommen, unterscheiden sich die grundsätzlichen Angaben der Interviewpartner kaum. In Bezug auf die erforderliche Kommunikation der Vorhaben im Netz, die Vorteile strukturierter Vorgehen und die Notwendigkeit, Projektmanagement-Instrumente von der Zieldefinition bis zur Implementierung von Projektergebnissen umzusetzen, wurden fast durchgängig die gleichen Angaben gemacht. Dies spricht dafür, dass die Interviewergebnisse valide im Sinne einer guten Verlässlichkeit für eine erfolgreiche Entwicklung von Behandlungspfaden sind.

In den Angaben der Interviewpartner scheinen Differenzen vor allem in Bezug auf unterschiedliche Erfahrungen durch, die sie bislang bei der Entwicklung von Behandlungspfaden gemacht hatten. Die Unterschiede betreffen vor allem Angaben zur Frage der *Führung* des Entwicklungs- und Implementierungsprozesses und der damit einher gehenden Partizipation und Motivierung der Netzmitglieder bei der Entwicklung des Behandlungspfades.



Während die einen schlechte Erfahrungen mit einem „zu lockeren Umgang“ bei der Pfadentwicklung gemacht haben und zu einem direktiveren Führungsstil tendieren, haben andere mit einem zu direktiven Vorgehen schlechte Erfahrungen gemacht und appellieren, „auf jeden Fall“ einen partizipativen Führungsstil zu pflegen. Entsprechend wurden auch unterschiedliche Angaben zur Motivierung aktiver Mitarbeit gemacht. Während sich bei den einen die Frage kaum stellt, weil „die Kollegen grundsätzlich motiviert sind und, zumindest wenn man sie anspricht, aktiv mitarbeiten“, ist ein Interviewpartner der Ansicht, dass die Entwicklungsarbeit „immer durch die gleichen 20 % aktiver Ärzte eines Netzes“ erfolge.

Diese unterschiedlichen Erfahrungen zur Führung des Prozesses können aus organisationspsychologischer Sicht als Hinweise gewertet werden, dass eine Reflexion des eigenen Führungsverständnis’ sinnvoll ist:

- Wie wird Führung im Netz verstanden und
- Wie sieht man die zu führende Gruppe?

Idealerweise wird man zudem nicht nur das eigene Bild reflektieren, sondern Vorstandskollegen, Netzmitglieder, den eigenen Partner, usw. aktiv nach ihren tatsächlichen Einstellungen und Erwartungen befragen – und das eigene Verhalten und die eigene Vorgehensweise nach Möglichkeit danach ausrichten. Die Entwicklung und Implementierung eines Behandlungspfades wird wahrscheinlich leichter, wenn von Anfang an geklärt wird, welches Führungsverständnis im Netz besteht und auch akzeptiert wird.

Die Antworten der Interviewpartner sind nachstehend in Kapiteln entlang des Prozesses der Entwicklung und Implementierung eines Behandlungspfades zusammengefasst (s. Abb. 14).

5.4 Vor dem Start: Hintergrund klären, eindeutiges Ziel formulieren – und kommunizieren

Bevor ein Behandlungspfad entwickelt wird, sollte nach Ansicht einiger Interviewpartner zunächst danach geschaut werden, inwieweit schon Erfahrungen mit der Entwicklung von Pfaden bestehen.

Wenn im Netz angefangen wird, Pfade zu entwickeln und zu implementieren, sollte ein Thema bearbeitet werden, das von allen mitgetragen werden kann: Ein kontroverses Thema, zu dem möglicherweise auch ein medizinisch-inhaltlicher Dissenz besteht, bietet sich nicht an, da sonst Inhalt und Struktur in fruchtlosen Diskussionen vermischt würden. Es sei vorteilhafter, erst einmal eine gute Struktur zu erarbeiten. Der Vorteil einer einheitlichen Struktur für die Entwicklung von Behandlungspfaden wird von mehreren Interviewpartnern betont (s. Kap. VI.5.7).

Die Interviewpartner sind sich einig, dass in der Folge bei jedem neuen Behandlungspfad zunächst zu klären ist, welcher Nutzen für das Netz im Vordergrund steht, welcher Zweck erreicht werden soll.

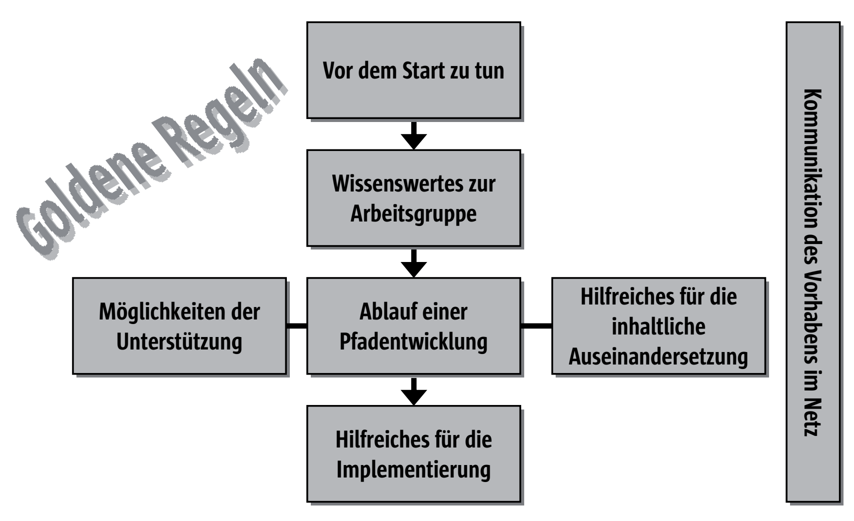


Abb. 14 Ergebnis-Cluster der Interviews zur Entwicklung und Implementierung von Behandlungspfaden in Ärztenetze

1. *Wirtschaftlicher Erfolg: vertragsfähig werden, und daher auch überlegen, was für den Verhandlungspartner günstig ist*
2. *Wissenschaftliche Erkenntnisse umsetzen: die bestehende Behandlung im Hinblick auf die medizinische Qualität verbessern*
3. *Prozessverbesserung: Behandlungsabläufe, „bei denen es nicht so gut läuft", qualitativ optimieren*

Ein Interviewpartner war der Ansicht, dass bei den Pfadentwicklungen derzeit die Verbesserung von Abläufen zu stark im Vordergrund stünde. Es sei wichtig, das (medizinische) Outcome bei der Pfadentwicklung mehr zu beachten, umso mehr, als die Ergebnisqualität in Zukunft auch bei der Finanzierung an Relevanz gewinnen wird.

Man sollte, auch dies merkten alle Interviewpartner an, allen Beteiligten von Anfang an (und immer wieder) den avisierten Sinn und Zweck der Pfadentwicklung mit dem zu erwarteten Nutzen verdeutlichen.

In diesem Zusammenhang unterstrichen die Interviewpartner, dass der Sinn eines Netzes zunächst einmal darin besteht, gemeinsam zu arbeiten. Das bedeutet zum einen, dass man Einzelinteressen den Gruppeninteressen unterordnen müsse. Zum anderen, auch dies wurde hervorgehoben, habe man damit potenziell einen höheren finanziellen Erfolg und es mache zufrieden, wenn man zusammen arbeite und sich gegenseitig unterstütze. Wenn man miteinander und nicht gegeneinander arbeite, habe man in der Gruppe mehr Überzeugungskraft gegenüber Krankenkassen und anderen Institutionen. Dass dies auch in der Behandlung von Patienten einen großen Nutzen



haben kann, machte ein Interviewpartner anhand einiger Beispiele zu alltäglichen, die Behandlung seiner Patienten betreffenden Gesprächen mit Kassenvertretern und Medizinischem Dienst deutlich.

Aus Sicht mehrerer Interviewpartner sind über die grundsätzliche Nutzenausrichtung hinaus noch weitere Aspekte bei der Themenauswahl und der Zieldefinition zu beachten:

- Das *Thema muss für das Netz relevant sein*, nicht „exotischen Themen“, sondern vor allem für die häufigen Diagnosen sind Behandlungspfade für das Netz sinnvoll. Ausreichend in Frage kommende Patienten sollten vorhanden sein: „Wenn z. B. bestimmte Kassenarten ausgeschlossen sind und dann kaum einer für den Behandlungspfad in Frage kommt, ist das wenig nützlich.“ Dies ist auch für die Integration in die Routine von Relevanz: wenn von zehn Patienten nur einer „im Pfad ist“, vergisst man das Prozedere schnell.
- Das *Ziel* der Entwicklung sollte auch im Hinblick auf die spätere Umsetzung *realistisch formuliert* werden. Die Umsetzung müsse für die Allgemeinheit der Netzärzte (leicht) möglich sein: „z. B. sollte nicht herauskommen, dass ein Gerät notwendig ist, das dann doch niemand hat.“
- Das *Ziel* sollte *eindeutig formuliert* sein, man sollte nicht einfach entwickeln, sondern von Anfang an klären, was das Ziel ist: „Um effektiv arbeiten zu können, muss immer klar sein, was hinten herauskommen soll.“
- Zudem ist es bedeutsam, immer den *Gesamtprozess* zu *beschreiben*, inklusive aller Schnittstellen, damit nicht nur ein Teilbereich bearbeitet wird „… das macht keinen Sinn, man muss vollständige Lösungen erarbeiten.“

Nach Erfahrung einiger Interviewpartner kann es aber auch notwendig werden, dass man das gesetzte Ziel noch einmal neu definieren muss, wenn im Verlauf unerwartete Probleme auftauchen, die sich nicht anders lösen lassen.

5.5 Größe, Zusammensetzung, Motivation und Aufgaben der Gruppe, die den Behandlungspfad erarbeitet

Gruppengröße und -zusammensetzung. Ist das Ziel klar definiert, kann der Behandlungspfad in einer kleinen Projektgruppe erarbeitet werden, so die Interviewpartner. Die optimale Gruppengröße wurde übereinstimmend mit etwa sechs Personen angegeben. Es sei nicht hilfreich, erst einmal alle „zusammen zu trommeln“, die mit dem Thema zu tun haben, sondern es sei vorteilhafter, erst „einen Kern zu bilden“, der ein Konzept erarbeitet und dieses dann der Gesamtgruppe an Netzärzten vorstellt. Eine „stringente Vorbereitung durch Kleingruppen“ sei sinnvoll, denn „mit der ganzen Gruppe lassen sich keine Leitlinien diskutieren“, diese Ansicht wird von vielen geteilt.

In die Projektgruppe sollten sowohl Haus- als auch Fachärzte einbezogen werden, bei Bedarf auch Klinik- und/oder Reha-Ärzte sowie Vertreter anderer Berufsgruppen: auch Krankengymnastik und Med. Fachangestellte seien ggf. punktuell mit einzubeziehen.

Motivation zur aktiven Mitarbeit. Für die Beteiligung an den Gruppen kann man „zunächst danach schauen, wer Lust dazu hat", sich in der Arbeits- oder Projektgruppe praktisch und theoretisch mit dem gewählten Thema auseinanderzusetzen. Von essenzieller Bedeutung sei es, insbesondere in der Projektgruppe die Zielsetzung zu klären, damit alle auf der gleichen Basis arbeiten. Alle müssten das Ziel mittragen, „sonst kommt es zu einem späteren Zeitpunkt immer zu Diskussionen und das kostet viel Zeit und Energie."

Die Hilfsbereitschaft der Kollegen, so meinen die meisten Interviewpartner, sei vorhanden, „es gibt eine generelle Bereitschaft mitzumachen". Wesentlich sei es, Kollegen nicht zurückzuweisen, sondern zu integrieren. Man müsse auf möglicherweise bestehende Eitelkeiten eingehen und man sollte zudem allen aus dem Netz die Möglichkeit geben, in einer Arbeitsgruppe mitzuarbeiten. Für die Motivation relevant sei auch, dass man nicht zu enge Strukturen vorgebe, da eine zu harte Vorgabe von Methoden zu sehr einengt: „Das verprellt die Leute."

Während ein Interviewpartner der Überzeugung ist, dass die Mitglieder der Arbeitsgruppe für ihr Engagement honoriert werden müssen, geht die Mehrheit der Interviewpartner davon aus, dass eine Honorierung nicht unbedingt notwendig sei, ein Interviewpartner bewertet dies sogar eher als ungünstig.

Motivierend wirkt aus Sicht von Interviewpartnern auch Zeitdruck, beispielsweise dadurch, dass Endtermine für die Pfadentwicklung in Netzversammlungen frühzeitig veröffentlicht werden. Auch könne man deutlich machen, wie attraktiv es sei, nicht alleine zu agieren. In diesem Zusammenhang merkte ein Interviewpartner an, dass „es immer Aktive und Mitläufer" gäbe. Die Mitläufer müsse man gezielt ansprechen („scharf anschauen"). Häufig entstehe die Motivation, wenn man dabei sei und merke, worum es eigentlich gehen würde: „Manchmal ist es wie bei kleinen Kindern, man muss auch einfach mal hinein gestoßen werden."

Hilfreich sei es zudem, wenn schon bei der Vorstellung des Themas deutlich würde, dass man schnell und zügig arbeitet, dass die Arbeit Spaß macht und dass man dabei Erfolg hat. Man sollte kurze Treffen von ca. 1,5 Stunden organisieren, am besten nach der Arbeit, damit nicht der ganze Abend dafür verbraucht wird, z. B. von 19:00 bis 20:30 Uhr.

Aufgabenverteilung im Team. Jedem Mitglied der Projektgruppe sollte nach Meinung einiger Interviewpartner eine Rolle bei der Entwicklung der Behandlungspfade zugesprochen werden, z. B. einer, der zuständig ist für die IST-Analyse, einer der nach den vorhandenen Leitlinien schaut, einer der für Dokumentation und Kommunikation im Netz zuständig ist usw. Die Treffen der Projektgruppe dienen dann dazu, den aktuellen Stand abzugleichen und



neue Aufträge an die einzelnen Mitglieder zu verteilen. Dies mache es leichter, dass „die Leute zuverlässig sind und ihre Verantwortlichkeiten ernst nehmen."

Leitung des Teams. In der Gruppe sollte ein Teilnehmender die Leitung übernehmen. Die Leitung sollte alles koordinieren, „das Heft in der Hand haben" und darauf achten, dass alle relevanten Berufsgruppen, die im Pfad tätig werden, an der Entwicklung beteiligt werden. Zudem solle sie die Termine festlegen. Die Termine sollten langfristig geplant werden, damit eine kontinuierliche Teilnahme möglich ist.

Die Beachtung dieser Punkte schon bei der Planung, so meinten einige Interviewpartner, verhindere die häufiger benannten, möglichen Probleme in der Projektarbeit wie wechselnde Teilnehmer, unklare Verantwortlichkeiten und unklare Termine. „Wenn man einfach so anfängt und es laufen lässt, dann führt das zu wenig Kontinuität der Arbeit und vielen wenig nützlichen Diskussionen."

5.6 Ablauf einer Pfadentwicklung

Einige Interviewpartner schlugen ein stringentes Vorgehen vor, und meinten, dass man in vier Sitzungen von 1,5 Stunden einen Pfad erarbeiten könne, wenn feste Termine vereinbart werden, die Gruppe aus sechs Personen besteht und Aufgaben zur Erledigung zum jeweils nächsten Termin an die einzelnen Mitglieder verteilt werden. Es sei besonders hilfreich, immer ein kurzes Stichwortprotokoll mit Verantwortlichkeiten und Teilergebnissen zu erstellen. Dies könne auch zu Rate gezogen werden, um klar zu machen, was bereits erzielter Konsens ist, damit nicht immer wieder alles neu diskutiert wird.

Festgelegt würden Krankheitsbild und Ein- und Ausschlusskriterien, um dann einen krankheits- und netzbedingten Algorithmus zu entwickeln. Ein Interviewpartner berichtete, dass er sehr gute Erfahrungen damit mache, spezielle Schnittstellen (mit der Klinik z. B. Medikamente, Überweisungen) getrennt zu bearbeiten – die Arbeit würde so inhaltlich besser fokussiert und effektiver. Außerdem sei es hilfreich zu überlegen, „was kann die Helferin machen und was macht der Doktor". Bei ungeplanten Patienten, wenn es im Alltag hektisch wird, sei dies für die Praxis besonders hilfreich.

Ein Interviewpartner betont, dass Arbeitsgruppen, die sich „von alleine" bilden, in der Regel sehr lang brauchen würden. Ein anderer Interviewpartner meint, dass es möglicherweise besser sei, nicht so schnell vorzugehen, dafür aber viele Mitglieder mitzunehmen. Auch an diesem Punkt spiegelt sich die unterschiedliche Erfahrung der Interviewpartner wieder. Entsprechend sollte dieser Aspekt des Vorgehenstempos in Bezug auf das eigene Netz reflektiert werden: Was wird „in den eigenen Reihen" akzeptiert? Wie wurde bereits in der Vergangenheit erfolgreich vorgegangen?

5.7 Unterstützung für die Entwicklung: Struktur, Inhalte und Technik

Struktur. Mehrere Interviewpartner hoben die Vorteile einer klaren Struktur für die Entwicklung bzw. Gestaltung eines Behandlungspfads hervor. Ein Strukturbeispiel mit Algorithmen, die übersichtlich und einfach nachvollziehbar sind und auch in der Alltagshektik umgesetzt werden können, erleichtere sowohl die Entwicklung als auch die spätere Umsetzung der Behandlungspfade. Zudem wurde angemerkt, dass die Vorgabe eines solchen „Masterpfades" nicht zu eng formuliert sein sollte: „Es muss nicht alles als Flow-Chart gemacht werden." Ziel ist, eine grundsätzliche Struktur bereit zu stellen, die man leicht wieder erkennen kann und die das Lernen vereinfacht.

Inhalte. In Bezug auf die Informationen, die für die Entwicklung der Pfade genutzt werden sollten, sind sich alle Interviewpartner einig: nicht alles neu und selbst machen wollen und auf vorliegende, evidenzbasierte Leitlinien zurückgreifen. Die Behandlungsstandards und allgemeinen Leitlinien müssten auf einfache Leitlinien für das Netz „heruntergebrochen werden". Man müsse nicht unbedingt immer das Neueste machen, sondern immer kritisch überlegen, welchen Nutzen die eine oder andere Vorgehensweise für den Patienten bzw. für das Netz hat. Auch die Frage danach, ob es sich lohnt, wegen einer kleinen Änderung den gesamten Pfad umzustellen, wurde von einem Interviewpartner als relevant bewertet: Wenn am Pfad ständig etwas geändert würde, sei dies für die verbindliche Umsetzung des Behandlungspfades wenig vorteilhaft.

Weiterhin unterstrichen die Interviewpartner, dass man auf Erfahrungen Anderer vertrauen und zudem Experten zur Validitätsprüfung einbeziehen sollte, dies erweise sich auch als vorteilhaft, um wiederum Vertrauen für und in den Behandlungspfad zu schaffen. Einige Interviewpartner berichteten positive Erfahrungen damit, dass Fachärzte bei der Pfadentwicklung die Fachlichkeit absichern, während Hausärzte eher die Rolle hätten, die Praktikabilität im Auge zu behalten.

Viele Interviewpartner hoben hervor, dass Leitlinien frei von Interessenskonflikten zu entwickeln sind: Es könne zwar sein, dass sich bei einem Pfad „eine Indikation für eine bestimmte Pharma" ergebe, aber die Industrie solle erst einbezogen werden, wenn dies aufgrund der Entwicklung des Pfades im Netz entschieden würde und nicht umgekehrt. Die Industrie könne bei der Pfaderstellung vor allem zur strukturellen Unterstützung genutzt werden, so schlug ein Interviewpartner vor.

Technik. Zur methodisch-technischen Unterstützung der Pfad-Entwicklung wurde von einigen Interviewpartnern angemerkt, dass eine EDV-technische Unterstützung hilfreich sei, aber nicht verordnet werden dürfe. Unbestritten sei es aber von Vorteil, wenn die Pfade mit der Dokumentation verknüpft sind, die Datenerfassung integriert wird, etc. Zur Strukturierung der Vielzahl von Informationen und Informationsquellen, die bei der Entwicklung



eines Behandlungspfades berücksichtigt werden müssen, wurde von einem Interviewpartner das Mindmapping als methodische Unterstützung vorgeschlagen, da man hier auf einen Blick alles Wesentliche im Auge behalten könne.

5.8 Inhaltliche Auseinandersetzung

„Sich nicht in wissenschaftlichen Diskussionen verzetteln“, dies ist der am häufigsten genannte Ratschlag für die inhaltliche Auseinandersetzung bei der Erarbeitung des Behandlungspfades. Ein häufiger Fehler sei, dass in Pfaden zu viel Komplexität abgebildet würde. Die Inhalte sollten, so formulierte es ein Interviewpartner „schon wissenschaftlich begründet sein, aber nicht zu umständlich formuliert werden.“ Alle Interviewpartner betonen, dass man sich auf das Wichtigste beschränken sollte – „Man kann und sollte da viel zusammen fassen.“

Nach Ansicht der Interviewpartner ist die fortwährende Beachtung des formulierten Ziels bei der Standardentwicklung zentral. Je nach Zielsetzung müssten beispielsweise auch wissenschaftliche Inhalte und wirtschaftlich Profitables zusammen gebracht werden. Dies bedeutet beispielsweise praktisch, dass man die in der Klinik unbekannten Preisunterschiede zwischen ambulantem und stationärem Bereich klären müsse. „Ein Spagat zwischen Leitlinie und Wirtschaftlichkeit“ so benennt es ein Interviewpartner, sei häufig notwendig, man nehme die Leitlinie als Grundlage, könne aber unter Umständen nicht alles übernehmen, da auch die Wirtschaftlichkeit relevant sei.

In der Arbeitsgruppe neige man dazu, „immer mehr hinein zu packen“, auch, weil „jeder sich profilieren“ wolle. In der Diskussion ginge es immer wieder um individuelle Vorstellungen und auch die Idee der Therapiefreiheit. Hier sollte man nach Ansicht der Interviewpartner viel Geduld haben und immer wieder auf das Grundinteresse, das gemeinsame Netzinteresse verweisen. Kritik könne bei jeder Sitzung und Versammlung „immer wieder neu hoch kommen“, dann müsse man immer wieder an die Spielregeln erinnern, dass es zwar individuelle Bedürfnisse gibt, das gemeinsame Interesse jedoch wichtiger ist. Es sei hilfreich, diese wiederholt notwendige Werbung für den Netzgedanken als Initiator und Leitung einer solchen Gruppe bzw. des Netzes als zentrale Aufgabe zu verstehen und nicht ungeduldig zu werden. Ein Interviewpartner meinte dazu: „Das Zusammenbringen von vielen Besten, Schlauesten, Cleversten ist nicht einfach“.

Besonders hervorgehoben wurde auch, dass der Standard für *alle* einfach umzusetzen sein müsse und man nicht auf jede Einzelmeinung hören solle. Man solle in der Realität zu bleiben und klar haben: „der Patient kommt ohne Termin mitten in die Hektik rein, bringt den ganzen Tagesplan durcheinander, man muss schnell handeln können, man muss deswegen den Behandlungspfad auch schnell abhaken können.“

5.9 Kommunikation des Vorhabens im Netz

Während der Entwicklung des Behandlungspfades. Bei der Vorstellung des Behandlungspfades im Netz geht es darum, Akzeptanz für den Behandlungspfad zu finden, so die Interviewpartner, dies müsse schon bei der Bearbeitung des Pfades berücksichtigt werden. Man sollte von Beginn an möglichst transparent mitteilen, was gerade läuft und den Kollegen dabei verdeutlichen, dass ein strukturiertes Vorgehen vorteilhaft ist. Dabei müssen nicht alle mitdiskutieren, aber die, sich beteiligen wollen, sollten Gelegenheit dazu bekommen.

Einige Interviewpartner verschicken die Protokolle der Arbeitsgruppen aktiv an alle Netzmitglieder, zusammen mit anderen internen Informationen. Nicht nur von ihnen wird betont, dass man immer die Möglichkeit „zum Zugriff" geben müsse, jeder solle die Möglichkeit haben, „seine Sentenzen einzubringen", auch Widerstände müssten einbezogen werden. Ziel ist, dass man als Netzmitglieder das Gefühl hat, jeden einzelnen Punkt diskutieren zu können.

Dazu gehöre es, die Leute da abzuholen, wo sie sind und ggf. jedes Mal wieder „in aller Ruhe bei Adam und Eva anfangen und klären, warum wir das machen". Der Sinn des Behandlungspfades muss immer wieder kommuniziert werden. Die meisten Netzmitglieder sind nach Ansicht eines Interviewpartners jedoch froh, wenn ihnen die Arbeit abgenommen wird, und daher eher bereit, Dinge anzunehmen.

Vorstellung des erarbeiteten Behandlungspfades. Alle Interviewpartner gaben an, die entwickelten Behandlungspfade in der Gesellschafterversammlung vorzustellen.

Zur Vorbereitung riet ein Interviewpartner an, vorher in kleinen Gruppen alle unmittelbaren Vorteile zu diskutieren, da Ärzte die Tendenz hätten, alles Neue abzulehnen. Frontalangriffe seien nicht erfolgversprechend, es ginge darum die Mitglieder mitzunehmen. Ein anderer Interviewpartner kontrolliert die Arbeitsgruppen in Bezug auf die Vorstellung der Arbeitsergebnisse in der Gesellschafterversammlung. Er lässt sich zu diesem Zweck die Präsentationen der AGs vorher schicken und ergänzt „ggf. fehlende Essentials", da seiner Erfahrung nach meist nur auf die fachliche Seite geschaut wird und die wirtschaftliche Seite fehlt. Diese sei jedoch zum Verständnis des Pfades und für eine verbindliche Umsetzung zentral.

Bei der Präsentation des Pfades sollte nach Ansicht mehrerer Interviewpartner deutlich werden, dass die Vortragenden gute Arbeit geleistet haben und dass die Arbeit Spaß gemacht habe.

Umgang mit Kritik. Zudem beschreiben mehrere Interviewpartner Umgangsweisen mit möglicher Kritik am erarbeiteten Pfad. Ein Interviewpartner kommuniziert bei der Präsentation von Behandlungspfaden beispielsweise immer, dass Kritik aufgenommen wird und dass, wenn ein Kritikpunkt häufiger genannt wird, zunächst im Vorstand überlegt wird, wie damit umgegangen werden kann. Unzufriedenheiten müssen Mehrheiten bilden: „Nur weil ei-



nem etwas nicht gefällt, kann man nicht alles ändern“. Andere Interviewpartner betonen, dass Einzelkritiken immer abgestimmt werden sollten.

Einige Interviewpartner kündigen bei der Präsentation an, dass die Netzmitglieder im Anschluss im Rahmen der Umsetzung persönlich aufgesucht werden, bzw. informieren über Möglichkeiten, die Netzmitglieder haben, um Kritik oder Schwierigkeiten bei der Umsetzung des Pfades zu übermitteln.

Viele Interviewpartner hoben hervor, dass man Kritik nie als persönlichen Angriff verstehen und beleidigt reagieren darf. Letztlich sollte man auch bei Kritik in der Diskussion „dabei landen“, dass Individualinteressen gegenüber dem Netzinteresse zurückgestellt werden. Dieses Ziel dürfe man in der Diskussion nie aus den Augen zu verlieren.

Dabei müsse man auch kompromissfähig sein, „aber auch nicht zu demokratisch“, wie es ein Interviewpartner formulierte. Diesen „diplomatischen Drahtseilakt“ sollte man seiner Meinung nach als besondere Herausforderung sehen, als Kernstück der Arbeit und nicht als Übel. Man sollte nicht das Gefühl verbreiten, so ein Interviewpartner, dass „alles basisdemokratisch entschieden wird, das Interesse des Netzes steht immer an oberster Stelle.“

Ein weiterer Interviewpartner merkt an, dass bei der Vorstellung des Pfades alle relevanten Informationen und Hilfsmittel mitgegeben werden sollten, „sozusagen das Komplettpaket: damit ist es im Alltag vorhanden und der Zugriff ist leicht möglich.“ Man sollte alle Methoden zur Verfügung stellen, von einzelnen laminierten Blättern bis hin zu CDs mit Flowcharts für den PC. „Methoden nicht vorschreiben, sondern freistellen“, damit es im Alltag in der Praxis leichter integriert werden kann.

5.10 Hilfreiches für die Implementierung

Im Anschluss an die Präsentation des Behandlungspfades in der Gesellschafterversammlung, bei der auch seine Umsetzung beschlossen wird, erfolgt die individuelle Nachfrage bei den Mitgliedern, „ob es läuft“. Einige Interviewpartner sprechen immer jedes einzelne Mitglied persönlich an und unterstrichen die Relevanz dieser individuellen Nachfrage: „100 Ärzte sind 100 Individualisten, der Großteil muss daher kontinuierlich auf das Netzinteresse, auf den Geist und Sinn des Netzes gebracht werden. Immer wieder neu.“ Ein Interviewpartner betont die Notwendigkeit, sich auf jedes einzelne Mitglied und seine eigene Perspektive einzulassen und nicht gegen zentrale Überzeugungen zu argumentieren. Vielmehr müsse immer wieder das Ziel betont werden, beispielsweise im Sinne von „Ja, das geht leider nicht anders, im Grunde geht es mir genauso wie Dir, aber es ist gut für das, wo wir hin wollen.“ Auch im weiteren Verlauf, so mehrere Interviewpartner, ist es essenziell, dass Kritik immer aufgenommen wird.

Für die Erhaltung der eigenen Motivation müsse man sich beim „immer wieder Klinkenputzen“ verdeutlichen, dass auch einen Vorwärtskommen in kleinen Schritten immer schon ein großer Erfolg ist. Zudem helfe es auch,

sich immer wieder klar zu machen „wo stehen wir jetzt schon", und sich die eigenen Erfolge vor Augen zu führen.

Die Interviewpartner machen in ihren Netzen immer wieder deutlich, dass das einzelne Mitglied sich dem Gruppenentscheid beugen muss, dies ist zum Teil auch entsprechend in den Partnerverträgen festgehalten. Es müsse allen klar sein, dass die Umsetzung des Pfades keine freiwillige Übung sei. Dabei sollte man aber nicht mit Angst agieren, sondern ganz nüchtern wichtige Motive wie zum Beispiel monetäre Interessen und Gruppenmitgliedschaft bedienen: Wer den Pfad nicht umsetzt, wird nicht am Gewinn beteiligt und gehört nicht zur „erfolgreichen" Gruppe. Die Gruppe, das betonten mehrere Interviewpartner, muss positiv besetzt werden. Es sei von zentraler Bedeutung, Identität zu schaffen, ständig kleine Aktionen zu machen, die Leute für die Gemeinschaft zu begeistern, klar zu machen, mit wem und wozu man zusammen ist: „Das könnte ich alleine nicht schaffen."

Zudem sei es sinnvoll, weiteren Nutzen spürbar zu machen: ein persönlicher Nutzen, der möglichst täglich spürbar ist, wie z. B. Telefonate wegen Facharztterminen einsparen, Erleichterung der Administration, weniger Schreibkram, Laboruntersuchung automatisiert abwickeln usw. Auch eine größere Patientenzufriedenheit und bessere Medizin könne motivierend wirken, allerdings sei dies bei den meisten Mitgliedern weniger wirksam als die Motive „Geld" und „Gruppenzugehörigkeit".

Technische Hürden für die Implementierung sollten so gering wie möglich gehalten werden, beispielsweise sei es nicht hilfreich, wenn von vornherein eine EDV-Umstellung für alle notwendig würde. Gleichzeitig ist die EDV nach Ansicht der Interviewpartner langfristig aber unerlässlich, etwa, wenn man mit größeren Patientenzahlen arbeitet, wenn man vertragsfähig sein möchte oder wenn Auswertungen zur Evaluation gemacht werden sollen.

Nach Ansicht der Interviewpartner muss es klare Barrieren für die Nicht-Umsetzung von Pfaden geben. Man sollte allerdings nicht mit Sanktionen drohen, sondern nach Möglichkeit „schon vorher alle auf die Seite der Gemeinschaft ziehen".

5.11 „Goldene Regeln"

„Vielleicht können Sie eine „goldene Regel" für die Entwicklung von Behandlungspfaden formulieren: Wie lautet diese?" Antworten der Intervierpartner auf diese Frage sind nachstehend – dieses Kapitel abschließend – aufgeführt.

- „Nicht alles neu machen wollen" und „Transparente Gestaltung des Entwicklungsprozess"
- „Es muss eine Annäherung an das Ziel geben, jede Annäherung ist ein Erfolg."
- „Auch mal eine Entscheidung über eine Umsetzung vertagen, das ist kein Scheitern. Man kommt nicht schnell zum Erfolg, sondern immer auf Umwegen: Die Grundregel ist: Jeder Erfolg ist ein großer Erfolg."



- „Du musst genau wissen, wo Du hin willst, der Pfad muss vor Deinem inneren Auge stehen.“
- „Fortbildung machen, damit man strukturiert herangeht.“ und „Weiter transparent bleiben.“
- „Kollegialen Spaß, sich mit den Kollegen weiter zu entwickeln, aus der Zusammenarbeit etwas herauszuziehen und das Netz weiterzuentwickeln.“
- „Was Gutes fürs Netz tun, nicht lästige Arbeit“
- „Übersichtlichkeit erreichen: Behandlungspfade müssen helfen, die Vielfalt und Komplexität zu beherrschen.“
- „Nicht zu aufgeblasen, zu wissenschaftlich, zu wenig anwenderfreundlich.“
- „Keep it simple and stupid: einfach und übersichtlich“ und
- „Eine goldene Regel lässt sich nicht formulieren, das Thema ist zu differenziert, als dass man es auf einen einzigen Punkt bringen könnte.“

6 Shared Decision-Making bei Kreuzschmerzen

Sabine Beck und Andreas Loh

6.1 Kreuzschmerzen: häufig und teuer – aber unkompliziert?

Bedeutung der Kreuzschmerzen

Unter Kreuzschmerzen versteht man Schmerzen oder Unwohlsein im Bereich des Rückens vom unteren Rippenbogen bis zur Glutäalfalte, die zu Einschränkungen bei den täglichen Verrichtungen führen. In Deutschland beträgt die Lebenszeitprävalenz für Kreuzschmerzen ca. 80 % (Schmidt et al. 2007), das heißt, dass jeder, der alt genug wird, irgendwann in seinem Leben sehr wahrscheinlich unter Kreuzschmerzen leidet. In Hausarztpraxen sind Kreuzschmerzen einer der häufigsten Anlässe, weswegen Patienten ihren Arzt aufsuchen (Praxisprävalenz/Woche 8 %) (Becker et al. 2003). Die durch Kreuzschmerzen verursachten Arbeitsunfähigkeitszeiten führen zum Ausfall von insgesamt 4 % der gesamten Arbeitskraft in Deutschland (Göbel 2001). Damit sind sowohl die Relevanz im klinischen Alltag als auch die volkswirtschaftliche Bedeutung sehr hoch.

Unkomplizierte und komplizierte Kreuzschmerzen

Eine klare strukturelle Zuordnung von Kreuzschmerzen ist in den meisten Fällen nicht möglich. Zur adäquaten Behandlung ist weniger eine genaue ätiologische Ursachenklärung wichtig als vielmehr die Differenzierung zwischen komplizierten und unkomplizierten Kreuzschmerzen. Komplizierte Kreuzschmerzen können durch anamnestische Hinweise und Untersuchungs-

befunde von unkomplizierten Kreuzschmerzen abgegrenzt werden. Wenn komplizierte Kreuzschmerzen vorliegen, muss weitere Diagnostik eingeleitet werden, um schwerwiegende Erkrankungen mit möglichem gefährlichen Verlauf auszuschließen. Zu den Warnhinweisen für komplizierte Kreuzschmerzen gehören z. B. sehr junges (< 20 Jahre) oder höheres (> 50 Jahre) Alter, schlechter Allgemeinzustand, Fieber, eine bekannte Tumorerkrankung oder Immunsuppression, ein vorausgegangenes Trauma oder bekannte Osteoporose sowie zunehmender Schmerz trotz Therapie und ausgeprägte neurologische Ausfälle. Für die weitere Behandlung ist hier die diagnostische Klärung und Zuordnung maßgebend. In diesem Kapitel soll daher im Weiteren lediglich die Behandlung von umkomplizierten Kreuzschmerzen betrachtet werden.

Chronische Kreuzschmerzen – psychosoziale Risikofaktoren

Die Prognose von unkomplizierten Kreuzschmerzen ist günstig, die meisten Beschwerden bessern sich innerhalb von 4–6 Wochen und die Mehrzahl der Patienten kann innerhalb dieser Zeit wieder an ihren Arbeitsplatz zurückkehren. Bei vielen Patienten treten Kreuzschmerzen gelegentlich wieder auf und haben erneut eine gute Prognose, bei einem Teil der Patienten jedoch chronifizieren die Schmerzen. Von chronischen Kreuzschmerzen spricht man bei Beschwerden von mehr als 12 Wochen Dauer. Durch langfristige Arbeitsunfähigkeitszeiten und Frühberentungen sind diese Patienten für die volkswirtschaftlichen Folgen von Kreuzschmerzen besonders relevant. Ebenso nehmen diese Patienten durch wiederholte Konsultationen, Krankschreibungen und Arznei- und Hilfsmittelverordnungen in der ärztlichen Versorgung einen besonderen Stellenwert ein.

Patienten mit chronischen Kreuzschmerzen unterscheiden sich von Patienten mit einem günstigen Verlauf weniger durch medizinische als vielmehr durch psychosoziale Faktoren. Ein geringer Bildungsstand, anhaltende Belastungen im privaten Alltag und Unzufriedenheit am Arbeitsplatz sind Risikofaktoren für einen chronischen Verlauf von Kreuzschmerzen (Biering-Soerensen und Thomsen 1986, Deyo und Diehl 1988, Lehmann et al. 1993).

6.2 Arzt-Patient-Kommunikation bei Kreuzschmerzen – unbequeme Wahrheiten

Unspezifische Ätiologie

Kreuzschmerzen können selten einer klaren anatomischen Struktur zugeordnet werden, bei 85 % der Patienten gelingt keine eindeutige ursächliche Klärung der Schmerzen (White 1982). Zumeist kann dabei ein Zusammenwirken mehrerer anatomischer Strukturen angenommen werden, dabei spielt eine zusätzliche schmerzbedingte muskuläre Verspannung sicher häufig eine mitverursachende Rolle.



So sind Ärzte und Patienten damit konfrontiert, dass sich eine der häufigsten Gesundheitsstörungen für beide Seiten nur unbefriedigend klären lässt. Das Laienverständnis von Kreuzschmerzen geht zumeist von einer klar zuordenbaren mechanischen Ursache von Kreuzschmerzen aus: ein „verrutschter" Wirbel, eine „herausgehüpfte" Bandscheibe, ein „verklemmter" Nerv werden als Grund der Beschwerden vermutet. Patienten wünschen verständlicherweise eine Klärung der Beschwerden bevor sie sich auf eine Behandlung einlassen. Durch die eigene Vermutung einer mechanischen Ursache drängen Patienten daher häufig auf eine Bildgebung.

Eine bildgebende Untersuchung kann dabei unergiebig bleiben oder degenerative Veränderungen zeigen, die nur fraglich mit der aktuellen Symptomatik in kausalem Zusammenhang stehen und den Patienten im ungünstigsten Fall fälschlicherweise davon überzeugen, eine dauerhafte Schädigung der Wirbelsäule zu haben. Der Arzt sieht sich also vor der Aufgabe, dem Patienten sowohl die unspezifische Ätiologie als auch den fehlenden Benefit einer Bildgebung zu vermitteln.

Therapieziel: Bewegung, Vermeidung von Bettruhe und Krankschreibung

Das Ziel der Behandlung der unkomplizierten Kreuzschmerzen ist die rasche Wiederaufnahme der üblichen Bewegung im Alltag. Durch eine möglichst schnelle Rückkehr zur gewohnten Aktivität werden die Beschwerden schneller gelindert und das Risiko einer Chronifizierung und langfristigen Krankschreibung vermindert. Durch Bewegungsvermeidung aus Angst vor erneuten Schmerzen können die aktuellen Beschwerden verstärkt und verlängert werden.

Für einen schmerzgeplagten Patienten ist der Ratschlag, sich weiterhin möglichst wie gewohnt zu bewegen zunächst wenig attraktiv und einleuchtend. Die meisten Patienten werden den Schmerz als Warnsignal verstehen und daraus folgern, dass Ruhe und Schonung angezeigt sind und Besserung bringen werden. Diese Bewertung von Schmerzen ist im Alltag für die meisten gängigerweise auftretenden Schmerzen durchaus richtig und führt dabei normalerweise zu sinnvollem abwartenden Schonverhalten.

Bei der Behandlung von Kreuzschmerzen ist die Beratung und aktive Einbeziehung des Patienten wesentlich zum Erreichen des Therapieziels. Dabei muss sich der Arzt der Aufgabe stellen, dem Patienten einen zunächst unverständlichen Therapieansatz zu vermitteln. Das Erreichen der Therapieziele ist letztendlich von der Motivationslage des Patienten abhängig. Mit einer gemeinsam erreichten und verantworteten Therapieentscheidung wird sich der Patient mehr identifizieren und im eigenen Interesse eine größere Motivation aufbringen, um die angestrebten Verhaltensänderungen umzusetzen.

Kommunikationsstrategien

Ziel der Kommunikation zwischen Arzt und Patient im Rahmen einer Konsultation aufgrund von Kreuzschmerzen ist zum einen, dem Patienten die

notwendigen Informationen zu Diagnostik und Therapie zu vermitteln und zum anderen ein tragfähiges Therapiebündnis aufzubauen, was zu einer gemeinsam verantworteten Therapieentscheidung führt. Dabei ist es sinnvoll, zunächst die Annahmen und eigenen Krankheitskonzepte des Patienten zu eruieren und ernst zu nehmen und die Widersprüche zu evidenzbasiertem medizinischen Wissen bewusst zu thematisieren. Der Patient wird sich gerade dann auf die notwendige Diskussion einlassen, wenn klar kommuniziert wird, dass, so er dies wünscht, eine gemeinsame Behandlungsentscheidung getroffen werden soll.

6.3 Die gemeinsame Entscheidung – Handlungsschritte

Um im Sinne des Shared Decision Making zu einer gemeinsam verantworteten Therapieentscheidung zu kommen, sind in der praktischen Umsetzung eine Reihe von Handlungsschritten nachzuvollziehen. Um eine gemeinsame Therapieentscheidung anzustoßen, wird der Arzt zunächst dem Patienten mitteilen, dass eine Entscheidung ansteht, zu der es grundsätzlich gleichwertige Behandlungsoptionen gibt und die von Arzt und Patient gleichberechtigt gemeinsam getroffen werden soll. Dann werden vom Arzt die Optionen mit ihren Vor- und Nachteilen erklärt und die Gedanken, Befürchtungen und Erwartungen des Patienten thematisiert. Danach können Präferenzen ausgesprochen und eine gemeinsame Entscheidung ausgehandelt werden (s. auch Handlungsschritte in der unterstehenden Box).

Bei allen Handlungsschritten muss der Arzt sich durch Rückfragen und Ermunterung zum Nachfragen vergewissern, dass der Patient die Erklärungen verstanden hat.

Handlungsschritte zur Umsetzung des Shared Decision Making

1. *mitteilen, dass eine Entscheidung ansteht*
2. *Gleichberechtigung der Partner formulieren*
3. *über Wahlmöglichkeiten informieren („Equipoise“)*
4. *Information über Vor- und Nachteile der Optionen geben*
5. *Verständnis, Gedanken und Erwartungen erfragen*
6. *Präferenzen ermitteln*
7. *Aushandeln*
8. *gemeinsame Entscheidung herbeiführen*
9. *Vereinbarung zur Umsetzung der Entscheidung treffen*

Die anstehenden Handlungsschritte sollen im Weiteren anhand eines praktischen Fallbeispieles anschaulich erläutert werden:



Ein 38-jähriger Bauarbeiter kommt in die Sprechstunde und berichtet über Kreuzschmerzen, die vor zwei Tagen beim Anheben einer schweren Steinplatte plötzlich aufgetreten sind. Die Schmerzen sind dumpf und bewegungsabhängig im Bereich der unteren LWS und strahlen nicht in die Beine aus. Neurologische Auffälligkeiten bestehen nicht. Am selben Tag habe er noch mit Mühe bis zum Feierabend weitergearbeitet, gestern habe er jedoch nach der Vesper die Arbeit einstellen müssen. Eine Tablette Ibuprofen 400, die ihm seine Frau gegeben habe, habe wenig an den Beschwerden geändert.

Mitteilung der anstehenden gemeinsamen Entscheidung

Das Angebot, die anstehende Entscheidung zwischen verschiedenen grundsätzlich gleichwertigen Behandlungsoptionen gleichberechtigt zu treffen, kann dem Patienten beispielhaft so mitgeteilt werden:

> *„Es gibt verschiedene Möglichkeiten, Ihre Beschwerden zu behandeln. Allein aus ärztlicher Sicht kann ich nicht entscheiden, welche für Sie die beste sein wird."*

Dem Patient kann an dieser Stelle erläutert werden, dass das wichtigste Prinzip der Therapie von Kreuzschmerzen ist, rasch wieder zur gewohnten Bewegung zurückzukehren. Als Arzt können Sie ihm dazu erklären, welche Möglichkeiten es gibt, ihn dabei zu unterstützen und die Aktivität zu ermöglichen. Da der Patient jedoch selbst die Behandlung in seinem Alltag umsetzen muss, ist es aber sinnvoll, dass er selber mitentscheidet, welche Möglichkeit für ihn in Frage kommt.

Vor- und Nachteile der Optionen

Dem Patienten können nun die verschiedenen Therapieoptionen dargelegt werden. Bei Kreuzschmerzen gibt es die Möglichkeit verschiedener medikamentöser Therapieansätze (Paracetamol, NSAID, niedrigpotente Opioide, Muskelrelaxantien, pflanzliche Mittel), physiotherapeutische und physikalische Maßnahmen sowie die lokale Behandlung mit Einreibemitteln oder der Injektion von Lokalanästhetika. Der Patient muss Informationen dazu bekommen, welche Therapieformen nachgewiesenermaßen effektiv oder nicht effektiv sind und welche Vor- und Nachteile sich durch die Behandlung für ihn ergeben können. Beispielhaft soll das für einige Therapieoptionen anhand der folgenden Tabelle 14 gezeigt werden.

Tab. 14 Beispielhafte Behandlungsoptionen mit Vor- und Nachteilen

Behandlung	Vorteile	Nachteile
Paracetamol	gut verträglich, nachweislich effektiv, durch Schmerzlinderung erleichterte Aktivität	selten Nebenwirkungen Medikamenteneinnahme
Muskelentspannende Medikamente	durch Entspannung der Muskulatur Schmerzlinderung und erleichterte Aktivität, nachweislich effektiv	häufig Nebenwirkungen bei längerer Einnahme Gefahr der Abhängigkeit
Krankengymnastik	nur dann nachgewiesenermaßen sinnvoll, wenn Patient sich nicht alleine mobilisieren kann	Zeitaufwand
Akupunktur	sehr selten Nebenwirkungen keine Medikamenteneinnahme	Effektivität nicht belegt, Kosten für Patient, da Übernahme durch Krankenkasse nicht immer gewährleistet
lokale Injektions-behandlung	keine Medikamenteneinnahme	Effektivität nicht belegt, selten Nebenwirkungen: Hautreaktionen, Entzündungen, Durchführung schmerzhaft

Gedanken, Befürchtungen, Erwartungen

Zum Teil wird der Patient schon aktiv seine Befürchtungen während der Vorstellung der Therapieoptionen äußern, darüber hinaus sollte er konkret sowohl nach seinen eigenen Vorstellungen der Behandlung, als auch nach Erwartungen an die Behandlung und Befürchtungen bezüglich der Therapien gefragt werden. Einige Patienten werden Befürchtungen zur Einnahme von Schmerzmitteln haben, andere werden befürchten, ohne eine krankengymnastische Behandlung oder ohne Röntgendiagnostik nicht ausreichend behandelt zu sein. Befürchtungen, die aktiv erfragt werden, können mit dem Patienten thematisiert und besprochen werden. Befürchtungen und Bedenken, mit denen der Patient alleine bleibt, können z. B. bei Bedenken zur Schmerzmedikation zur Nichteinnahme führen, die dem Arzt jedoch nicht mitgeteilt wird.

Aushandeln, entscheiden, vereinbaren

Die Therapieoptionen sollten mit dem Patienten unter dem Aspekt diskutiert werden, wie er sich am besten vorstellen kann, rasch wieder zur gewohnten Aktivität zurückzukehren. Dabei können Art und Stärke der Schmerzmedikation mit dem Patienten, der vielleicht bestimmten Medikamenten bereits kennt oder eingenommen hat, gemeinsam abgesprochen werden. Wenn ein Patient dabei große Bedenken vor einer Medikamenteneinnahme hat, kann



versucht werden, dass Therapieziel ohne Medikamente zu erreichen, oder dem Patient ein Reserverezept für den Fall, dass er die Schmerzen doch behandeln möchte, mitgegeben werden. Auch wenn ein Patient eine nicht nachgewiesenermaßen wirksame Therapie wünscht kann mit ihm ein Therapieversuch vereinbart werden und kurzfristig überprüft werden, ob damit die Therapieziele erreicht werden konnten.

Genauso sollte mit dem Patienten gemeinsam entschieden werden, ob eine Krankschreibung Sinn macht. Dazu muss der Arzt vom Patienten genau erfragen, wie die Tätigkeit des Patienten genau aussieht und ob in der jetzigen Erkrankungssituation Möglichkeiten einer Anpassung der Tätigkeit gegeben sind. Darüber hinaus sollte er in Erfahrung bringen, ob es Konflikte am Arbeitplatz gibt und ob die Arbeitssituation als psychisch belastend erlebt wird. Eine Krankschreibung kann Sinn machen, wenn eine Arbeit sowohl körperlich sehr belastend und daher mit Beschwerden nicht ausführbar ist, als auch bei einer rein sitzenden Tätigkeit, um den Patienten zu ermöglichen sich mehr zu bewegen. Ebenso kann es bei psychisch belastenden Situationen am Arbeitsplatz sinnvoll sein, eine Entlastung durch eine kurzfristige Krankschreibung zu erwirken- und z. B. in dieser Zeit Lösungsstrategien für die belastende Arbeitssituation zu entwickeln.

Mit dem Patienten gemeinsam kann möglichst konkret geplant werden, wie Bewegung und Aktivität im Alltag aussehen können. Dabei können die Präferenz für bestimmte Sportarten, die zeitlichen und finanziellen Möglichkeiten des Patienten, die familiäre Situation sowie die infrastrukturellen und klimatischen Bedingungen berücksichtigt werden. Im Gespräch über die Bedingungen des Alltags des Patienten können dabei auch bestehende Belastungen im Privatleben angesprochen werden.

> Da der Patient starke Bedenken bezüglich einer Medikamenteneinnahme hat, einigen sich Arzt und Patient darauf, dass der Patient zunächst alternativ mit physikalischen Maßnahmen (Wärme) versucht, die Beschwerden soweit zu lindern, dass er sich weitgehend normal bewegen kann. Da die Arbeit körperlich, durch einen Konflikt mit dem Vorarbeiter aktuell aber auch psychisch belastend ist, wird er für wenige Tage krankgeschrieben und wird in der Zeit Schwimmen und Radfahren gehen. Außerdem nimmt er sich vor, ein Gespräch mit dem Chef zu suchen um den aktuellen Konflikt am Arbeitsplatz zu lösen.

Erfolge überprüfen, im Kontakt bleiben, Folgeentscheidungen

Aus medizinischer Sicht ist es nicht notwendig, den Patienten bei zügiger und vollständiger Beschwerdebesserung wiedereinzubestellen. Dennoch sollte mit dem Patienten klar vereinbart werden, dass er sich bei Verschlechterung oder fehlender Besserung nach einem vereinbarten Zeitintervall wieder vorstellt. Um einer Chronifizierung vorzubeugen, ist eine Erweiterung der Therapie bei ausbleibender Besserung nach 4–6 Wochen notwendig und eine aktive Mitar-

beit des Patienten wichtig. Analog zu den bereits dargestellten Schritten kann auch in dieser Situation wieder eine gemeinsam verantwortete Entscheidung getroffen werden. Insbesondere Maßnahmen wie eine Erweiterung der Medikation, Physiotherapie, Bildgebung oder bei bestehenden psychischen Belastungen eine psychotherapeutische Unterstützung können dabei mit ihren Vor- und Nachteilen aus medizinischer Perspektive und aus Patientensicht diskutiert werden. Wenn bereits initial eine gemeinsame Behandlungsplanung erfolgt, wird der Patient sich auch im Weiteren mitverantwortlich an der Therapieentscheidung und Therapie beteiligen, was essenziell für die Therapiemaßnahmen zur Verhinderung oder Behandlung von chronischen Rückenschmerzen ist. Für die in der weiteren Entwicklung sehr selten anstehende Entscheidung zu einer operativen Maßnahme ist nachgewiesen, dass eine Einbeziehung von Patienten mit Bandscheibenerkrankungen zu niedrigeren Operationsraten bei gleichem Outcome für Beschwerdebesserung und Funktionalität führt.

6.4 Shared Decision-Making – Hilfe bei Kommunikation und Konsultation im Alltag

Wie anhand eines skizzierten Fallbeispiels dargelegt, bietet das Konzept des Shared decision Making ein klar strukturiertes Vorgehen um eine gelungene Kommunikation und eine verbesserte Einbeziehung des Patienten zu erreichen.

Ärzte, die nach einer Ärzteschulung im klinischen Alltag eine gemeinsame Entscheidungsfindung im Shared Decision-Making umsetzen, sind oft zunächst unsicher und skeptisch, wie sich die Theorie und die daraus hergeleiteten Handlungsschritte in der Praxis umsetzen lassen: Ob die Patienten überhaupt mitentscheiden wollen? Wie zeitaufwändig erweist sich eine solche Kommunikation? Erreicht man damit überhaupt etwas? Nach den ersten Erfahrungen im Praxisalltag berichten sie häufig, dass Patienten nicht, wie befürchtet verunsichert reagieren, sondern, nach manchmal anfänglicher Überraschung, die Einbeziehung gerne annehmen und zufrieden wirkend die Sprechstunde verlassen. Die Ärzte haben dabei auch den Eindruck, dass Patienten in ihrer Behandlung aktiver werden und die Therapie mir mehr eigener Verantwortung und Engagement durchführen. Nach anfänglichem zeitlichen Mehraufwand wird mit zunehmender Übung und Routine auch insgesamt kein bedeutsamer Zeitverlust mehr wahrgenommen: Oft berichten Ärzte, dass zwar Erstgespräche zu Therapieentscheidungen etwas länger benötigen, bei Folgekonsultationen und im weiteren Patientenkontakt aber durch den engagierten Patienten wieder Zeit „eingespart“ wird.



Bringt das wirklich etwas?

Dieses subjektive Erleben und diese einzelnen Arztberichten stimmen gut mit den Erkenntnissen aus Übersichtsarbeiten zu Effekten des Shared Decision-Making überein: Die meisten Patienten wünschen eine Einbeziehung in medizinische Entscheidungen (Coulter 2003) und eine Einbeziehung des Patienten führt zu besserem Wissen des Patienten über die Erkrankung, realistischeren Erwartungen an die Therapie, einer aktivere Teilnahme am medizinischen Entscheidungsprozess und größerer Patientenzufriedenheit (Loh, Simon et al. 2007, Scheibler et al. 2003). Dabei kommt es weder zur Verunsicherung und erhöhten Angst der Patienten noch – unter den Vorraussetzungen, dass Ärzte eine entsprechende Schulung erhalten haben und Patienteninformationen zu ihrer Unterstützung einsetzen können – zu einer Verlängerung der Konsultationszeit (Loh, Leonhart et al. 2007).

Umsetzung und praktische Hilfen

Die praktische Umsetzung des Shared Decision-Making ist erlern- und trainierbar (Bieber 2007), Ärzte die entsprechend geschult werden, erreichen bereits nach kurzer Zeit und mit zeitlich begrenztem Fortbildungsaufwand (ca. 2 Halbtagstermine) eine deutlich verbesserte Einbeziehung der Patienten und größere Behandlungszufriedenheit. Leider finden solche Schulungen, in denen die Handlungsschritte der gemeinsamen Entscheidungsfindung auch praktisch in Rollenspielen vermittelt werden, momentan noch lediglich im Rahmen von Interventionsstudien regelmäßig statt. Der interessierte Arzt ist im Moment daher auf Internetressourcen zu verweisen: Unter www.patient-als-partner.de sind ein cme-Fortbildungsmodul, Trainingsmaterialien, Literaturempfehlungen und weiterführende Informationen zu finden.

Zur praktischen Unterstützung bei der Kommunikation sind schriftliche Patienteninformationen hilfreich, die mitgegeben werden können und in denen der Patient nochmals Hintergrundwissen und Therapieoptionen nachlesen kann. Als deutschsprachige Quellen sind hier die DEGAM- Patienteninformation Kreuzschmerzen und die Patientenleitlinien der Universität Witten-Herdecke (www.patientenleitlinien.de) empfehlenswert.

6.5 Fazit

Für eine leitlinien- und patientengerechte Behandlung von Kreuzschmerzen kann zur Erleichterung der Kommunikation und Verbesserung des Behandlungsergebnisses auf die praktischen Handlungsschritte und Kommunikationsstrategien einer gemeinsamen Entscheidung zurückgegriffen werden. Eine gemeinsam mit dem Patienten getroffene Entscheidung führt zu einer größeren Zufriedenheit des Patienten und dazu, dass er sich mitverantwortlich an der Therapie beteiligt.

Literatur

Becker A, Niebling W, Chenot JF et al.: DEGAM Leitlinie Kreuzschmerzen. Düsseldorf 2003

Becker A, Kögel K, Donner-Banzhoff N et al.: Kreuzschmerzpatienten in der hausärztlichen Praxis: Beschwerden, Behandlungserwartungen und Versorgungsdaten. Zeitschrift für Allgemeinmedizin 2003; 79: 125–131

Bieber C, Mueller KG, Blumenstiel K, Hochlehnert A, Wilke S, Eich W: A Shared Decision Making communication training programme for physicians treating fibromyalgia patients – effects of a randomized controlled trial. J Psychosom Res 2007; 57(2): 61–69

Biering-Sorensen F, Thomsen C: Medical, social and occupational history as risk indicators for back trouble in the general population. Spine 1986; 1: 720–725

Coulter A, Magee H: The European patient of the future. Berkshire: Open University Press 2003.

Deyo RA, Cherkin DC, Weinstein J et al.: involving Patients in clinical decisions. Impact of an interactive Video Program on Use of Back Surgery. Medical Care 2000; 38/9: 959–969

Deyo RA, Diehl AK: Psychosocial predictors of disability in patients with low back pain. Journal of Rheumatology 1988; 15(10): 1557–64

Deyo RA, Weinstein DO: Low back pain. New England Journal of medicine 2001; 344: 363–370

Gatchel RJ, Polatin PB, Mayer TG: The dominant role of psychosocial risk factors in the development of chronic low pain disability. Spine 1995; 20: 27002–2709

Göbel H: Epidemiologie und Kosten chronischer Schmerzen. Spezifische und unspezifische Rückenschmerzen. Schmerz 2001; 15: 92–98

Lehmann TR, Spratt KF, Lehmann KK: Predicting long-term disability in low back injured workers presenting to a spine consultant. Spine 1993; 18: 1103–1112

Loh A, Leonhart R, Wills C, Simon D, Härter M: The impact of patient participation on adherence and clinical outcome in primary care of depression. Patient Educ Couns 2007; 65: 69–78

Loh A, Simon D, Kriston L, Härter M: Patientenbeteiligung bei medizinischen Entscheidungen. Effekte der partizipativen Entscheidungsfindung aus systematischen Reviews. Dtsch Arztebl 2007; 104(21): A 1483–8

Nelson CW: Helping patients decide: from Hippocrates to videodiscs – An application for patients with low back pain. Journal of Medical Systems 1988; 12/1: 1–9

Scheibler F, Janssen C, Pfaff H: Shared Decision Making: Ein Überblicksartikel über die internationale Forschungsliteratur. Soz Praventivmed 2003; 48: 11–23

Schiottz-Christensen B, Nielsen GL, Kjaer V et al.: Long-term prognosis of acute low back pain in patients seen in general practice: a 1 year prospective follow-up study. Family practice 1999; 16: 223–232

Schmidt CO, Raspe H, Pfingsten M et al.: Back pain in the german adult population. Prevalence, severity, and sociodemographic correlates in a multiregional survey. Spine 2007; 32: 2005–2011.

Simon D, Loh A, Härter M: Shared Decision Making bei medizinischen Entscheidungen: neue Wege für Ärzte und Patienten in der Orthopädie. Orthopädische Praxis 2008; 44/3: 137–142

7 Patientenbeteiligung bei medizinischen Entscheidungen als Qualitätsmerkmal der Versorgung am Beispiel der ambulanten Depressionsbehandlung

Andreas Loh und Sabine Beck

7.1 Mit welchen Argumenten ist Patientenbeteiligung zu rechtfertigen?

Die Beteiligung von Patienten bei der medizinischen Entscheidungsfindung nach dem Konzept des Shared Decision-Making (Charles et al. 1997 und 1999) wird nicht nur deshalb umgesetzt, um Patientenbedürfnissen gerecht zu werden und eine patientenorientierte Medizin zu ermöglichen, sondern entwickelt sich zunehmend als ein fester Bestandteil der Qualitätsbewertung medizinischer Versorgung. Viele Patienten, Ärzte, Pflegende und Vertreter der Forschung, der Krankenkassen und der Gesundheitspolitik fordern oder unterstützen diesen Ansatz, weil hiermit eine ganze Reihe von wünschenswerten Effekten verbunden ist, was es letztlich auch rechtfertigt, Patientenbeteiligung als Qualitätsmerkmal zu verstehen.

Neben dem steigenden Bedarf der Patienten an Information und Beteiligung ist es auch aus rechtlichen Gründen gefordert, Patienten bei der medizinischen Entscheidungsfindung zu beteiligen. In einer Informationsschrift der Bundesministerien für Gesundheit und Justiz wird verpflichtend gefordert, sofern mehrere medizinische Behandlungen oder Behandlungsmethoden in Betracht kommen, dass über die Wahrscheinlichkeit von Risiken im Verhältnis zu den Heilungschancen der zur Verfügung stehenden Behand-

lungsmöglichkeiten so aufzuklären ist, dass Patienten in die Lage versetzt werden beurteilen zu können, was die jeweilige Behandlung konkret für sie bedeuten kann.

Ein bedeutendes Argument für die Berücksichtigung der Patientenbeteiligung als Qualitätsmerkmal sind aber die empirischen Ergebnisse einer verbesserten Behandlungsbereitschaft und in einigen Studien eines größeren Behandlungserfolges. Bewertet man die Qualität einer Versorgungsleistung nicht in dem Sinn, dass das Versorgungsangebot, beispielsweise die Information über die zu erwartenden positiven und unerwünschten Ereignisse und die Einnahmemodalitäten einer medikamentösen Therapie, auf qualitativ hochwertige Art und Weise an den Patienten vermittelt wird, sondern auch dadurch, wie dieses Versorgungsangebot beim Patienten ankommt, dann ergibt sich zwangsläufig, dass auch Maßnahmen zur Verbesserung des Verständnisses einer Behandlung und zur Optimierung der Behandlungsbereitschaft von Patienten als Versorgungs-Qualität verstanden werden müssen. Patientenbeteiligung bei medizinischen Entscheidungen fördert Behandlungsbereitschaft und Umsetzung der gewählten Behandlung (Adhärenz) und begünstigt auf diesem Wege den Behandlungserfolg. In Überblicksarbeiten konnte belegt werden (O'Connor et al. 2002; Frosch et al. 1999; Scheibler et al. 2003 und Loh et al. 2007), dass die Partizipative Entscheidungsfindung zu höherem Wissen über Behandlungsmöglichkeiten, zu realistischeren Erwartungen über den Verlauf, zu verringerten Entscheidungskonflikten, zur Verbesserung der Qualität der Arzt-Patienten-Interaktion, zu beständigerer Umsetzung der gewählten Behandlung (Adhärenz), zu einer veränderten Therapiewahl, zu höherer Patientenzufriedenheit und sehr wahrscheinlich auch zu stärkeren Behandlungseffekten führt.

7.2 Hindernisse und Erfolgsfaktoren für die Umsetzung

Bei der konkreten Umsetzung des Ansatzes werden nachfolgend einige Voraussetzungen angesprochen, die bei der Umsetzung der Patientenbeteiligung zum Beispiel in der ambulanten Behandlung der Depression gegeben sein sollten.

Zunächst sind die unterschiedlichen Voraussetzungen bei Ärzten und Patienten sowie strukturelle Bedingungen des Gesundheitssystems bei der Umsetzung zu bedenken. Erfahrungsgemäß werden von Ärzten Beeinträchtigungen im strukturellen Sinne häufig genannt, wenn der Ansatz der Patientenbeteiligung bei medizinischen Entscheidungen thematisiert wird. Ärzte befürchten, dass der Ansatz angesichts des hohen Zeitdrucks in der alltäglichen Praxis nicht durchführbar ist. Demgegenüber hat sich beispielsweise in der ambulanten Depressionsbehandlung gezeigt, dass nicht mehr Konsultationszeit aufgewendet werden muss, sofern zwei Voraussetzungen gegeben sind (Loh et al. 2007): Erstens müssen die Ärzte im Konzept der Partizipativen Entscheidungsfindung eine Fortbildung erhalten haben, die sie dazu befähigt,



die Handlungsschritte des Ansatzes in der Arzt-Patienten-Kommunikation erfolgreich umzusetzen. Zweitens müssen spezifisch gestaltete Materialien vorliegen, mit denen die Patienteninformation unterstützt und der eigentliche Entscheidungsprozess in der Konsultation wirksam vorbereitet werden kann. Sowohl entsprechende Materialien oder Verlinkungen auf qualitätsgeprüfte Patienteninformationen als auch Angaben zu Fortbildungsmöglichkeiten sind auf der Internetseite www.patient-als-partner.de einzusehen.

Im konkreten Behandlungsprozess sollten zunächst der individuelle Informationsbedarf des Patienten und dessen Interesse, an der Entscheidungsfindung beteiligt zu sein, exploriert werden. Bezogen auf die Depressionsbehandlung befürchten viele Ärzte, dass die Patienten insbesondere durch die kognitiven Beeinträchtigungen und den verminderten Antrieb durch die Grunderkrankung weder willens noch in der Lage sind, Informationen aufzunehmen oder sich an der Entscheidungsfindung zu beteiligen. Diese Befürchtung erweist sich bei Betrachtung der Studienlage als unbegründet: Studienergebnisse zum Informationsbedarf und zum Interesse an einer Beteiligung bei der Entscheidungsfindung zeigen, dass der Informationsbedarf der depressiven Patienten sehr hoch ist und das Interesse an der Beteiligung bei Entscheidungen insgesamt etwas geringer, aber immer noch in einem beträchtlichen Ausmaß vorhanden ist und mit der Zunahmen des Schweregrades der Depression nicht abnehmen (Loh et al. 2004). Nun könnte man aber annehmen, dass dieser Bedarf von depressiv erkrankten Patienten wesentlich geringer ist als der Bedarf bei Patienten mit anderen und insbesondere körperlichen Erkrankungen. Jedoch zeigen auch hier Studienergebnisse, dass sich diesbezüglich depressive Patienten nicht von Patienten mit Bluthochdruck oder Brustkrebs unterscheiden (Hamann 2007). Insgesamt zeigen Studienergebnisse, dass Ärzte das Interesse der Patienten an Information und an Beteiligung bei der Entscheidungsfindung deutlich unterschätzen. Dass die Implementierung noch unzureichend ist, wurde beispielsweise durch die Arbeit von Braddock und Kollegen (1999) belegt, die bei 1057 auf Tonband protokollierten ärztlichen Beratungen feststellten, dass medizinische Basisentscheidungen nur in 0,5 % der Fälle, Entscheidungen von mittlerer Komplexität nur in 4,6 % und komplexe Entscheidungen nur in 15,2 % der Fälle so besprochen wurden, dass eine informierte (Partizipative) Entscheidung mit Beteiligung des Patienten beobachtet werden konnte.

7.3 Mit welchen Maßnahmen kann man Patientenbeteiligung implementieren?

Zum Transfer der Partizipativen Entscheidungsfindung in die Versorgung werden unterschiedliche Interventionen diskutiert (Härter et al. 2004). An erster Stelle steht hierbei die Entwicklung und Bereitstellung von Entscheidungshilfen (Decision Aids) in Form von Broschüren, audiovisuellen Materialien oder zunehmend in Form von mehr oder weniger interaktiven webbasierten

Informationsportalen. Mit diesen Materialien wird das Ziel verfolgt, dass Patienten sowohl über die Erkrankung und die verfügbaren Behandlungsalternativen informiert werden, als auch einen von den Materialien angeregten und unterstützen Prozess der Werteklärung durchlaufen können. Der Einsatz von Entscheidungshilfen führt zwar nicht unbedingt zur Patientenbeteiligung im Konzept der partizipativen Entscheidungsfindung, denn Decision Aids sind nicht vom Prinzip her mit der ärztlichen Konsultation verknüpft (Loh et al. 2007, DÄB) und könnten letztlich auch eine rein autonome Entscheidung des Patienten ohne Mitwirkung eines Arztes begünstigen. Dennoch wird in aller Regel durch die Verfügbarkeit dieses Materials die Patientenbeteiligung bei medizinischen Entscheidungen gefördert. Durch die vergleichsweise große Bedeutung der Information für die Entscheidungsfindung ist darauf zu achten, dass die Materialien von hoher Qualität und unbeeinflusst durch ökonomische Interessen sind. Hierzu wurden in der letzten Zeit Qualitätsstandards zur Entwicklung und zum Inhalt von Decision Aids vorgelegt (Elwyn et al. 2006). Im deutschen Sprachraum wurden hierzu in den letzten Jahren sinnvolle Entwicklungen vorgenommen und Materialien bereitgestellt, beispielsweise im Rahmen eines Patientenservices der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (www.patienten-information.de) oder auf den Internetseiten der Patientenleitlinien der Universität Witten/Herdecke (www.patientenleitlinien.de).

Der zweite Ansatzpunkt zur Implementierung der partizipativen Entscheidungsfindung besteht in Fortbildungsmaßnahmen für Ärzte oder Patienten. Dabei hat sich in Deutschland gezeigt, dass wesentlich mehr Interventionen zum Aufbau von ärztlichen Kompetenzen als von Patientenkompetenzen hinsichtlich der partizipativen Entscheidungsfindung durchgeführt worden sind (Härter et al. 2005). In einer Arbeitsgruppe am Universitätsklinikum Freiburg wurde eine mehrstufige Intervention zur Implementierung in der hausärztlichen Depressionsbehandlung durchgeführt, bei der ein spezifisches Fortbildungsprogramm mit der Bereitstellung von Patienteninformationsmaterialien und der Entwicklung von Entscheidungstafeln (sog. „decision boards“) verknüpft wurde (Loh et al. 2006 Bundesgesundheitsblatt). Es gibt bisher kein im wissenschaftlichen Konsens weithin akzeptiertes Curriculum zur Fortbildung in partizipativer Entscheidungsfindung. Einzelne Fortbildungsveranstaltungen werden derzeit meist im Rahmen von Interventionen in Forschungsprojekten umgesetzt. Auf der Internetseite www.patient-als-partner.de werden einzelne und regionale Fortbildungsveranstaltungen ausgeschrieben oder angekündigt. Fundierte Fortbildungsmaßnahmen zeichnen sich dadurch aus, dass szenische Gestaltungen beziehungsweise Rollenspielverfahren oder Simulationspatienten eingesetzt werden. Dabei sollte nicht nur exemplarisch „vorgespielt“ werden, sondern in aufeinander aufbauenden Schritten sind möglichst viele einzelne Handlungsschritte in einer beispielhaften Arzt-Patienten-Kommunikation von möglichst allen Teilnehmern der Veranstaltung darzustellen.



7.4 Wie wird Patientenbeteiligung in der Fortbildung und in der Praxis umgesetzt?

Als Ausgangspunkt für die Umsetzung sollte zur Qualitätssicherung in der Arzt-Patienten-Kommunikation und bezüglich der hausärztlichen Depressionsbehandlung auf Leitlinien zurückgegriffen werden. Hier empfehlen sich Leitlinien zur hausärztlichen Gesprächsführung, in denen die Partizipative Entscheidungsfindung explizit berücksichtigt wird (Leitliniengruppe Hessen 2008) und Leitlinien zum hausärztlichen Vorgehen bei der Diagnose und Behandlung depressiver Erkrankungen (Härter et al. 2003).

Das konkrete Vorgehen im ärztlichen Gespräch orientiert sich an Handlungsschritten, mit denen keinesfalls ein standardisierter oder formaler Ablauf einer Konsultation begründet werden soll, sondern eine handlungsleitende Orientierung gegeben werden soll, die sich insbesondere für die Vermittlung des Ansatzes in der ärztlichen Aus- und Fortbildung als hilfreich erwiesen hat. Die Rollen von Arzt und Patient werden durch das explizit ausgesprochene Angebot der Zusammenarbeit beim Treffen der Behandlungsentscheidung bestimmt. Beide, Arzt und Patient, sind prinzipiell gleichberechtigt. Diese Gleichberechtigung oder Gleichwertigkeit bezieht sich auch auf die unterschiedlichen Behandlungsmöglichkeiten, sofern für diese evidenzbasierte Belege aus klinischen Studien vorliegen. Der Arzt vermittelt, dass es mehr als eine Möglichkeit zur Behandlung der Beschwerden gibt und dass jede davon unterschiedliche Chancen und Risiken hat.

In der Konsultation werden dann die jeweiligen Vor- und Nachteile der Behandlungsmöglichkeiten erörtert, auf dem Hintergrund der Lebenssituation des Patienten abgewogen und eine gemeinsame Entscheidung wird getroffen. Im weiteren Verlauf der Konsultation exploriert der Arzt die Sicht des Patienten im Hinblick auf Erwartungen oder Befürchtungen zu den Behandlungsoptionen. Danach erfolgt ein Abwägen der Optionen und ein Plan zur Umsetzung der gewählten Behandlung wird gemeinsam vereinbart.

Während des Erläuterns der Behandlungsmöglichkeiten erweist es sich als sinnvoll, auf Schaubilder zurückgreifen zu können, um dem Patienten im Gespräch das Vorhandensein von Wahlmöglichkeiten und die Vor- und Nachteile der zur Verfügung stehenden Möglichkeiten verdeutlichen zu können (s. Abb. 15). Bei den Angaben zu den Behandlungsmöglichkeiten sind je nach Schweregrad Antidepressiva und Psychotherapie sowie deren Kombination als Behandlungsoptionen in der hausärztlichen Depressionsbehandlung zu nennen.

Es ist erforderlich die wissenschaftlichen Erkenntnisse so darzustellen, dass der Patient ihre Bedeutung für seinen Lebensalltag ableiten und erwägen kann. Dazu ist im ärztlichen Gespräch ein Perspektivenwechsel erforderlich. Die Detailinformationen beispielsweise über Ansprechraten, Wirkungs- oder Nebenwirkungsprofile sind so zu besprechen, dass der Patient diese im Hinblick auf seine eigenen Entscheidungskriterien und bezüglich seiner eigenen

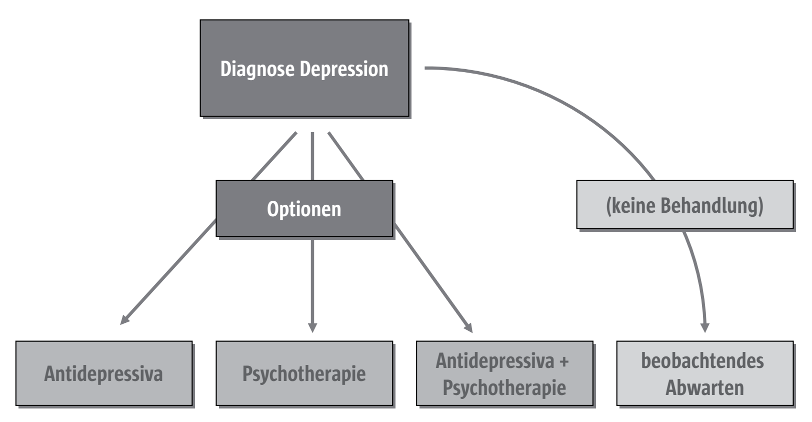


Abb. 15 Entscheidungstafel zu den Behandlungsalternativen in der ambulanten Depressionsbehandlung

Werte reflektieren kann. Patienten bewerten beispielsweise Therapieansätze in der Depressionsbehandlung nicht in erster Linie nach dem Verträglichkeitsprofil, sondern danach, wie schnell und wie wahrscheinlich die erwünschte Wirkung eintreten sollte, welchen Aufwand der Patient zur Realisierung aufbringen muss, welche Ziele mit der Therapie erreicht werden sollen oder welche Wartezeiten bis zum Beginn einer eventuellen Psychotherapie aufgewendet werden müssen (s. Abb. 16). Diese Übersetzungsleistung der Therapiemodalitäten auf die Lebensrealitäten und die Bewertungskriterien aus Patientensicht ist ein wesentlicher Baustein des Abwägens von Optionen im



Abb. 16 Patientenfragen zu den Behandlungsmöglichkeiten

Arzt-Patienten-Gespräch und damit ein Kernelement im Prozess der Partizipativen Entscheidungsfindung.

Auch bei der Erläuterung der Modalitäten der zur Verfügung stehenden Behandlungen werden sinnvollerweise zur Verdeutlichung graphische oder tabellarische Darstellungen eingesetzt (s. Tab. 15). Die Behandlungsmöglichkeiten sollten kurz und verständlich erläutert werden. Vorteile für die Lebenswelt des Patienten sind in der hier gewählten beispielhaften Darstellung mit

Tab. 15 Vor- und Nachteile der Möglichkeiten zur ambulanten Depressionsbehandlung aus Sicht des Patienten

Antidepressiva	Psychotherapie	Beobachtendes Abwarten
Antidepressiva sind Medikamente zur Behandlung der Depression, die über einen Zeitraum von 4–6 Monaten eingenommen werden sollten.	Bei einer psychotherapeutischen Behandlung finden einmal oder zweimal pro Woche im Zeitraum von mehreren Monaten Gespräche mit einem Psychotherapeuten statt.	Zum gegenwärtigen Zeitpunkt wird weder zugunsten einer medikamentösen Therapie noch zugunsten einer Psychotherapie entschieden. Regelmäßige Besuche beim Allgemeinarzt sollten jedoch unbedingt stattfinden, damit der Verlauf der Symptome ärztlich überwacht werden kann.
☺ gute wissenschaftlich überprüfte Wirksamkeit Wirkungseintritt nach 2–3 Wochen Verschiedene Medikamente mit unterschiedlichem Wirkungsprofil sind verfügbar (beruhigend, antriebssteigernd, angstlösend, schlafbegünstigend, auf die innere Unruhe wirkend, etc.) Kein Zeitaufwand zur Therapie notwendig	☺ Wirksamkeit der Therapie ist wissenschaftlich gut belegt Emotionale Entlastung durch die psychotherapeutischen Gespräche Ziele der therapeutischen Behandlung können variiert werden (z. B. Stressbewältigung, Lebensstiländerungen, etc.)	☺ keine Nebenwirkungen geringerer zeitlicher Aufwand
☹ Nebenwirkungen sind möglich (selten bis häufig je nach Medikament und individueller Neigung) zur Veränderung von Stress, emotionaler Belastung, etc. sind zusätzliche Therapien erforderlich	☹ Wirkungseintritt erfolgt erst nach ca. 8–10 Wochen zeitlicher Aufwand möglicherweise emotionale Belastung durch die therapeutischen Gespräche Verfügbarkeit von Psychotherapeuten ggfs. eingeschränkt (Wartezeit, Anfahrten, etc.)	☹ schlechtere Prognose für den weiteren Verlauf Gefahr der Chronifizierung keine emotionale Entlastung keine Veränderungen des Lebensstils, Stressbewältigung, etc.

Smileys, d. h. lächelnden Gesichtern, gekennzeichnet, Nachteile mit traurigen Gesichtern. Weitere Informationen sind in den Patienteninformationsmaterialien enthalten und können im Gespräch erörtert werden. Die Option „Beobachtendes Abwarten“ ist im Ansatz der Partizipativen Entscheidungsfindung eine stets zu berücksichtigende Wahlmöglichkeit, über deren Vor- und Nachteile ebenfalls wertfrei informiert wird.

7.5 Welche Erfahrungen machen die Ärzte im Versorgungsalltag mit diesem Ansatz?

Mittlerweile liegen einige Erfahrungen mit diesem Ansatz vor. Ärzte berichten nach einer Fortbildung und der nachfolgenden Umsetzung in ihrer Praxis, dass das Arzt-Patienten-Gespräch mehr Substanz gewinnt, dass man viel besser mit den Patienten zusammen arbeiten kann und eher eine Atmosphäre entsteht, dass Arzt und Patient ein Team sind und an einem gemeinsamen Strang ziehen. Durch den Einsatz der Entscheidungstafeln wird klarer, um was es geht. Ärzte berichten auch, dass man schneller zu Entscheidungen kommt und die Patienten nicht immer wieder kommen, um das oder jenes noch mal zu bereden. Die getroffenen Entscheidungen sind beständiger. Eine häufige Rückmeldung ist auch, dass die Patienten das viel positiver auf nehmen, als die Ärzte das vor Beginn gedacht haben: „Manchmal ist es anfangs etwas schwer, aber dann machen sie richtig mit – und das ist dann richtig gut.“

Bei der Umsetzung in die Praxisroutine ist es erforderlich, eine andere Haltung gegenüber dem Patienten und ein anderes Selbstverständnis in der eigenen Rolle einzunehmen. In den Rollenerwartungen des Arztes an das eigene Verhalten und in den Vermutungen des Arztes zu dem, was er glaubt, was der Patient von ihm erwarten wird, sind häufig solche Haltungen zu finden, die dem Arzt die alleinige Verantwortungsübernahme zuschreiben. Dies scheinen nahezu ritualisierte Verhaltenszuschreibungen zu sein, die mit entsprechender Motivation und Disziplin im ärztlichen Gesprächsangebot verändert werden können. Ärzte mit einer gewissen Erfahrung in diesem Ansatz teilen mit, dass Patienten auf das Angebot der gemeinsamen Entscheidungsfindung zwar zunächst überrascht reagieren, diese Möglichkeit der Beteiligung aber dann in den meisten Fällen gerne annehmen.

Gelegentlich ist zu hören, dass Ärzte befürchten, dass die Patienten dieses Angebot der Ärzte als eine unzureichender Kompetenz des Arztes interpretieren könnten oder als Verweigerung der Annahme seiner professionellen Rolle. Der Eindruck, der Arzt wisse bei dem Problem auch nicht so genau, was eigentlich die beste Behandlung sei, entsteht aber nur dann, wenn der Arzt über die verschiedenen Vor- und Nachteile nicht gut informiert ist. Unter der Voraussetzung der hierfür erforderlichen kommunikativen Kompetenz und des hierfür erforderlichen Wissens des Arztes erleben die Patienten diese Haltung je-

doch nicht als eine Einschränkung, sondern eher als Ausweitung der ärztlichen Kompetenz.

Die Hürden zur Implementierung dieses Ansatzes liegen nach wie vor in der nur unzureichenden Anzahl qualitätsgeprüfter Patienteninformationsmaterialien und Entscheidungshilfen und in der Tatsache, dass bisher nur wenige spezifische Trainingsansätze verfügbar sind. Diesbezüglich müssen zunehmende Anstrengungen in der medizinischen Aus-, Fort- und Weiterbildung gefordert werden. Sollten diese allerdings vorliegen und sollten die Patienten den zunehmend in der Forschung auch dokumentierten Wunsch nach Information und Beteiligung in das Arzt-Patienten-Gespräch einbringen, dann erweist sich der Ansatz der Partizipativen Entscheidungsfindung als eine wirksame Methode zur Förderung von Patientenzufriedenheit, Behandlungsmotivation, Behandlungserfolg und zur Stärkung der Arzt-Patienten-Beziehung.

Literatur

Braddock CH, Edwards KA, Hasenberg NM: Informed decision making in outpatient practice. JAMA 1999; 282: 2313–2320

Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, Bundesministerium der Justiz 2005: http://www.bmj.bund.de/files/-/1338/Patientenrechte_Aug05.pdf

Charles C, Gafni A, Whelan T: Shared decision making in the medical encounter: what does it mean? (Or it takes at least two to tango). Soc Sci Med 1997; 44: 681–692

Elwyn G et al. : Developing a quality criteria framework for patient decision aids: online international Delphi consensus process. BMJ 2006; 333: 417

Frosch DL, Kaplan RM: Shared decision making in clinical medicine: past research and future directions. Am J Prev Med 1999; 17: 285–294

Härter M, Loh A, Spies C (Hrsg.): Gemeinsam entscheiden – erfolgreich behandeln – Neue Wege für Ärzte und Patienten im Gesundheitswesen. Köln: Deutscher Ärzteverlag 2005

Härter M, Schneider F, Gaebel W et al.: Versorgungsleitlinien für depressive Störungen in der ambulanten Praxis. Supplement IV. Z Arztl Fortbild Qualitatssich 2003; 97: 1–92

Leitliniengruppe Hessen: Homepage der hausärzlichen Leitliniengruppe: http://www.leitlinien.de/leitlinienanbieter/deutsch/pdf/hessengespraech

Loh A, Kremer N, Giersdorf N, Jahn H, Hänselmann S, Bermejo I, Härter M (2004): Informations- und Partizipationsinteressen depressiver Patienten bei der medizinischen Entscheidungsfindung in der hausärztlichen Versorgung. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen; 98: 101–107

Loh A et al.: Entwicklung und Evaluation eines Fortbildungsprogramms zur partizipativen Entscheidungsfindung für die hausärztliche Versorgung depressiver Erkrankungen. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 2004; 47: 977–984

Loh A, Simon D, Bermejo I, Härter M.: Miteinander statt nebeneinander – Der Patient als Partner in der Depressionsbehandlung. In: Härter M, Loh A, Spies C (Hrsg.): Gemeinsam entscheiden erfolgreich behandeln – Neue Wege für Ärzte und Patienten im Gesundheitswesen. Köln: Deutscher Ärzteverlag 2005; 165–174

Loh A et al.: Patientenbeteiligung bei medizinischen Entscheidungen: Effekte der Partizipativen Entscheidungsfindung aus systematischen Reviews. Dtsch Arztebl 2007; 104: A-1483

Loh A et al.: Patient and citizen participation in German health care – current state and future perspectives. Z ärztl Fortbild Qual Gesundh wes 2007; 101: 229–235

Loh A, Härter M: Shared decision-making in diverse healthcare systems – translating research and health policy into practice. Z ärztl Fortbild Qual Gesundh wes 2007; 101: 203–204

O'Connor A et al.: Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. Cochrane Databse Syst Rev 2002; (3): CD001431.

Scheibler F, Janssen C, Pfaff H: Shared Decision Making: Ein Überblicksartikel über die internationale Forschungsliteratur. Soz Praventivmed 2003; 48: 11–23.

8 Verbindlichkeit im Verbund erzielen oder: Von den Schwierigkeiten, Ärzte zu einen

Hans-Jürgen Beckmann und Claudia Schrewe

Ärzte gelten nicht zu Unrecht als Individualisten und sind im Rahmen ihrer Praxistätigkeit bisher gewohnt, alleine für ihre Belange zu kämpfen. Dort, wo in der Vergangenheit Verträge mit Kostenträgern zur Bezahlung ihrer Leistungen geschlossen werden mussten, wurden und werden die meisten von ihnen nach wie vor von den kassenärztlichen Vereinigungen vertreten. Aber die Zeiten ändern sich rasant und Krankenkassen können seit jüngstem direkt Verträge mit Leistungserbringern bzw. deren Verbünden unter Umgehung der kassenärztlichen Vereinigungen schließen. Der Trend weg von den bisherigen Kollektivverträgen hin zu Selektivverträgen ist mittlerweile eindeutig zu erkennen.

Die Ärzte selbst reagieren auf diese veränderten Rahmenbedingungen unter anderem mit Gründung neuer Zusammenschlüsse, den Ärztenetzen, die sich den Kostenträgern als Vertragspartner anbieten. Weit über 350 Ärztenetze gibt es bundesweit mittlerweile. Ihr Organisationsgrad reicht von Vereinen bis zu Aktiengesellschaften mit einem Trend zu Kapitalgesellschaften und Genossenschaften.

Ob Kapitalgesellschaft oder Genossenschaft, ob Verein oder Aktiengesellschaft, allen gemein ist, dass Vertragsabschlüsse dieser ärztlichen Zusammenschlüsse hohe Anforderungen an die Verlässlichkeit ihrer Mitglieder stellen. Verbindlichkeit ist von ihnen gefordert, denn nur gemeinsam können vereinbarte Vertragsinhalte eingehalten werden. Die Einung der Netzmitglieder in der Umsetzung geschlossener Verträge stellt daher große Anforderungen an das Netzmanagement!

Was muss also das Management eines ärztlichen Verbundes tun, um seine Mitglieder für seine Visionen und Ziele zu gewinnen, und wie hält man die Mitglieder dauerhaft im Verbund? Basierend auf den konkreten Erfahrungen in der alltäglichen Arbeit des 73-köpfigen Ärztenetzes „Medizin und Mehr", kurz „MuM", in Ostwestfalen versuchen die Autoren, diese Frage zu beantworten. Ein Patentrezept gibt es nicht, gilt es doch Besonderheiten jeder Region, ob Stadt ob Land, ob hohe Krankenhausdichte, usw. bei der Motivation der Mitglieder zu berücksichtigen. Ergänzend werden Diskussionsergebnisse aus der Beratung für und mit anderen Netzen eingebunden. Wir danken den Kollegen für die konstruktive Zusammenarbeit im Rahmen unserer Netzmanagertreffen. Beteiligt waren Verbünde aus Südbrandenburg, Wehye, Thüringen, Lippe, Kassel, Solingen, Leverkusen, Ludwigshafen, Lennetal, Amberg, Marburg und Bünde.

Das ideale Ärztenetz

Das ideale Ärztenetz lässt sich wohl so beschreiben: Die Mitglieder nehmen dauerhaft am Netzgeschehen teil, sie sind über relevante Ereignisse informiert, sie identifizieren sich mit den Zielen des Netzes, und sie sind motiviert, ihren Beitrag zur Netzarbeit zu leisten.

Ein Arzt identifiziert sich aber zunächst mit seiner Profession und nicht mit einer Organisationsform oder einer Gruppe, eine *Organisation* lässt sich am treffendsten mit „Bewerkstelligung" übersetzen und bedeutet: Planung *und* Durchführung eines Vorhabens.

Eine Gruppe hingegen muss so etwas wie eine Gruppenidentität, ein Wir-Gefühl entwickelt haben. Das soziale Zusammenleben innerhalb der Gruppe ist geprägt durch dauerhafte soziale Beziehungen und Kontakte, durch Eigen- und Zusammenhandeln, durch Einheit sozial Handelnder mit gemeinsamen Werten und Interessen, durch Unmittelbarkeit von Beziehungen, durch wechselseitige Wahrnehmung der Beteiligten, durch Anwesenheit und direkte Interaktion sowie durch aufeinander abgestimmte soziale Rollen.

Das Wir-Gefühl ist ein wesentlicher, konstituierender Ausgangsfaktor für den Erhalt und Bestand von Gruppen, denn dieses Gruppengefühl gründet in den Gefühlen von Zugehörigkeit und Zusammengehörigkeit.

Der „normale" Netzarzt muss seine Werte, mit denen er sich identifizieren kann, im Katalog der „Netzwerte" wieder finden können. Nur so kann Identifikation stattfinden, die ihn motiviert, sich dem Verbund anzuschließen, wobei nicht genug betont werden kann, dass Haltung und Erwartungen des Einzelnen sehr unterschiedlich sind. Interessierte finden hierzu weitere Arbeiten bei der Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Fakultät der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen.

Das Gesundheitswesen gehört zu den Branchen, in denen sich derzeit viel verändert: Unzählige Reformen erzeugen Planungsunsicherheit und Ängste,



insbesondere bei denen, die wie die Ärzte in dem sich ändernden System weiter ihr Einkommen erzielen müssen. Es gibt innovative Abenteuer unter Ärzten, aber unter geschildertem Szenario ist es nicht weiter verwunderlich, dass Ärzte mit Veränderungswillen oder gar Visionen eher selten zu finden sind. Häufiger spielen tradiertes Sicherheitsdenken und der Wunsch nach Orientierung eine Rolle, wenn es darum geht, sich einem Netz anzuschließen. Manch einer gibt zudem als Motivation, einem Verbund beizutreten an, lediglich soziale Kontakte pflegen zu wollen. Auch hier geht es darum, Sicherheit und Geborgenheit zu erreichen.

Diese nur kurz skizzierten Motive spielen insbesondere in der Gestaltung der Ansprache der Ärzte eine wesentliche Rolle. Fehler in der Kommunikation können weitreichende Folgen haben: Die Verletzung eines Sicherheitsbedürfnisses durch zu viele und zu schnelle Innovationen kann ebenso zur innerlichen Abkehr des Gruppenmitglieds führen, wie Stagnation verbunden mit dem Gefühl, dass nötige Schritte von einem zögerlichen Management nicht gegangen werden. Diese unterschiedliche Motivationslage und die Tatsache, dass ein Arzt sich mit seiner Profession und nicht mit der Organisationsform identifiziert, macht es den leitenden Akteuren nicht leicht. Oft aber wird die Klage über die mangelnde Kooperationsbereitschaft von Ärzten vorgeschoben, um von Managementfehlern abzulenken: Die Forderung muss lauten, dass der Nutzen der Organisation für den Einzelnen deutlich wird, um die notwendige Partizipation und Motivation zu erzeugen.

Zusammenfassend lässt sich folgendes Ziel formulieren, um die nötige Verbindlichkeit in einem Verbund zu erreichen:

Es müssen Werte geschaffen werden, über die sich jedes Mitglied mit dem Verbund identifizieren kann.

Im Folgenden werden Maßnahmen dargestellt, um dieses Ziel zu erreichen. Sie sind als Worklist für all diejenigen anzusehen, die sich funktionierende Netzwerke zur Aufgabe gemacht haben.

Gruppenidentifikationsfaktor Nummer 1: Erfolge zeigen!

Wer gehört nicht gern zu einem erfolgreichen Unternehmen? So gilt es, mit Projekten zu starten, die möglichst schnell Erfolg dokumentieren. Exemplarisch kann hier die gemeinsame Organisation eines regionalen Notfalldienstes genannt werden, da mit relativ wenig Aufwand hoher Nutzen für die Mitglieder darstellbar ist. Eben über einen solchen Erfolg können dann bezüglich größerer Vorhaben Skeptiker ins Boot geholt werden.

Gruppenidentifikationsfaktor Nummer 2: Nutzen generieren!

Die Organisation nutzt dem Einzelnen, wenn das Management in der Lage ist, in unsicheren Zeiten Orientierung und Sicherheit zu geben. Der Verbund vertritt berufsständische Interessen gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung, dem oder den Krankenhäusern und zunehmend gegenüber Krankenkassen. Sicherheit meint auch materielle Aspekte. So kommt der Erschließung von neuen Einnahmequellen, z. B. in Form von Selektivverträgen mit Krankenkassen, eine wesentliche Bedeutung zu. Aber auch hierbei gilt, Perspektiven aufzuzeigen, die verlässlich sind. Dementsprechend sind eventuelle Risiken abzusichern. Im Falle der Selektivverträge bedeutet dies konkret, die Beteiligung an der kollektivvertraglichen Versorgung zu erhalten bzw. die Rückkehr hierzu offen zu halten.

Gruppenidentifikationsfaktor Nummer 3: Kontinuität wahren!

Es gibt also keine schlechten Netzärzte, sondern nur ein schlechtes Management? Die Autoren favorisieren eine andere Betrachtungsweise: Es gibt nur Fehler in der Herangehensweise. Dies begründet sich zunächst erst einmal darin, dass bis heute viele Netzvorstände neben ihrer Praxistätigkeit für ihre Verbünde arbeiten. Die Zeit für konstruktive Arbeiten ist knapp, die Zielfindung schwierig und die Vermittlung dessen, was bei den Arbeitssitzungen entschieden worden ist, bleibt meist als erstes auf der Strecke. Hieraus muss sich die Forderung ableiten, das Management von Arztverbünden insofern zu professionalisieren, als dass diese Aufgabe nicht mehr nebenberuflich und dann auch noch unentgeltlich stattfindet. Eine bezahlte Freistellung ist hier denkbar. Favorisiert werden sollte jedoch eine Lösung, bei der betriebswirtschaftliche Aufgaben von einer nichtärztlichen, angestellten Geschäftsführung in Kooperation mit einer bezahlten, ärztlichen Netzleitung bearbeitet werden. So ergänzen sich betriebswirtschaftliches und ärztliches Know-how, eine wichtige Voraussetzung für Verhandlungen mit Krankenkassen. Die hauptamtliche Geschäftsführung stellt die nötige Kontinuität bei der Erfüllung diffiziler Managementaufgaben sicher.

Gruppenidentifikationsfaktor Nummer 4: Transparenz erzeugen!

Teilnehmen kann nur der, der auch weiß, worum es geht. Und Transparenz entsteht nur da, wo regelmäßig informiert wird. Hier sind unterschiedliche Wege denkbar, wie z. B. die regelmäßige Information per Newsletter, Rundschreiben oder E-Mail. Es muss jedoch auch eine Partizipation der Beteiligten in Form von Kleingruppenarbeit oder Einsatz von Multiplikatoren, z. B. med. Fachangestellte, umgesetzt werden. Hier steckt der Teufel im Detail und jeder Netzmanager kann an dieser Stelle nur dazu aufgefordert sein, eine möglichst dezidierte Aufstellung möglicher Tools zu erstellen.



- regelmäßige Information über Arbeitsergebnisse und Neuigkeiten
- Schaffung nachvollziehbarer Strukturen
- Definition eindeutiger Zuständigkeiten

Gruppenidentifikationsfaktor Nummer 5: Kommunikation gestalten!

Die Kommunikation als Königsweg für Transparenz hat eine Schlüsselfunktion für erfolgreiche Ärztevereinigungen. Die Regeln:

- Information muss über jeden relevanten Arbeitschritt/Entwicklung stattfinden.
- Hierbei müssen die Motive der Netzmitglieder Berücksichtigung finden.
- Es sollten nur Erfolge und Dinge, die sicher sind, kommuniziert werden.
- Alle Sachverhalte sind möglichst positiv darzustellen.
- Wiederholungen und Honorierung jeder Beteiligung von anderen sind wichtig.
- Es bedarf der klaren Positionierung zu aktuellen berufspolitischen Ereignissen, rasch, diplomatisch und nicht polarisierend.

Gruppenidentifikationsfaktor Nummer 6: Individualität wahren!

Je größer die Gruppe, umso schwieriger ist die Einflussnahme auf bzw. die Kommunikation mit der Gruppe. Abgesehen von den notwendigen Kollektivansprachen sollte der innerliche Fokus des Managements aber immer (wieder) auf die individuelle Ansprache gerichtet sein.

- Jedes Verbundmitglied bedarf der individuellen Betreuung und Ansprache.
- Lob und Anerkennung sollten ein Selbstverständnis sein.
- Keine Anfrage darf unbeantwortet bleiben.
- Kritik ist vielleicht nicht schön, aber notwendig und ernstzunehmen!
- Netzmitglieder sollten im Rahmen ihrer Kompetenzen um Rat und zu konkreten Vorschlägen befragt werden.

Gruppenidentifikationsfaktor Nummer 7: Abkehr vermeiden!

Auch gewonnene Netzmitglieder wollen gepflegt werden. Hier die drei Todsünden der Netzarbeit.

- Vermeidung unnötiger Informationsflut. Der Netzarzt schaltet ab.
- Verhinderung von Individualitätsverlust. Der Netzarzt fühlt sich nicht mehr angesprochen.
- Vorbeugung von Unruhe durch intransparente Veränderungen. Der Netzarzt verliert das Vertrauen in die Organisation.

Gruppenidentifikationsfaktor Nummer 8: Image pflegen!

Kennt jemand anders den Verbund außer den Mitgliedern selbst? Und was steckt eigentlich inhaltlich hinter Abkürzungen und Rechtsformen von Ärztenetzen? Hier nur einige von denkbaren Spiegelstrichen, wobei die Reihenfolge nicht willkürlich ist:

- Die ersten beiden Punkte sind konstituierende Faktoren, denn es muss analysiert werden, was der Markt erfordert und was das Netz diesen Nachfragern seinerseits anbieten möchte. Hier muss Konsens erzielt werden!
- Identifikation der Bedürfnisse der Kunden des Netzes, als da sind: Patienten, Krankenhäuser, Krankenkassen und potenzielle neue Mitglieder
- eindeutige Formulierung gemeinsamer Verbundziele (Corporate Identity)
- Fassbarkeit des virtuellen Verbundes durch konkrete Projektierungen wie z. B. Gründung einer gemeinsamen Notfallambulanz, eines Netzbüros, einer Physiotherapie. Der Kreativität sind dabei kaum Grenzen gesetzt.
- Regelmäßige Arbeiten am Image des Netzes durch regionale Markenbildung. Das Thema Gesundheit sollte automatisch in Zusammenhang mit dem Namen des Verbundes gebracht werden.
- Gründung von Kooperationen oder eigenen Unternehmen im Sinne einer ganzheitlichen Betreuung der Patienten mit anderen Professionen wie Therapeuten, Ernährungsberatern, etc.
- Corporate Design, z. B. jede beteiligte Praxis trägt das Verbundlogo an der Tür
- Stete Berichte über Erfolge der Netzarbeit durch Angebote zur Gesunderhaltung der Bevölkerung auf der eigenen Homepage, in der lokalen Presse und der überregionalen Fachpresse
- Teilnahme an Wettbewerben und Ausschreibungen

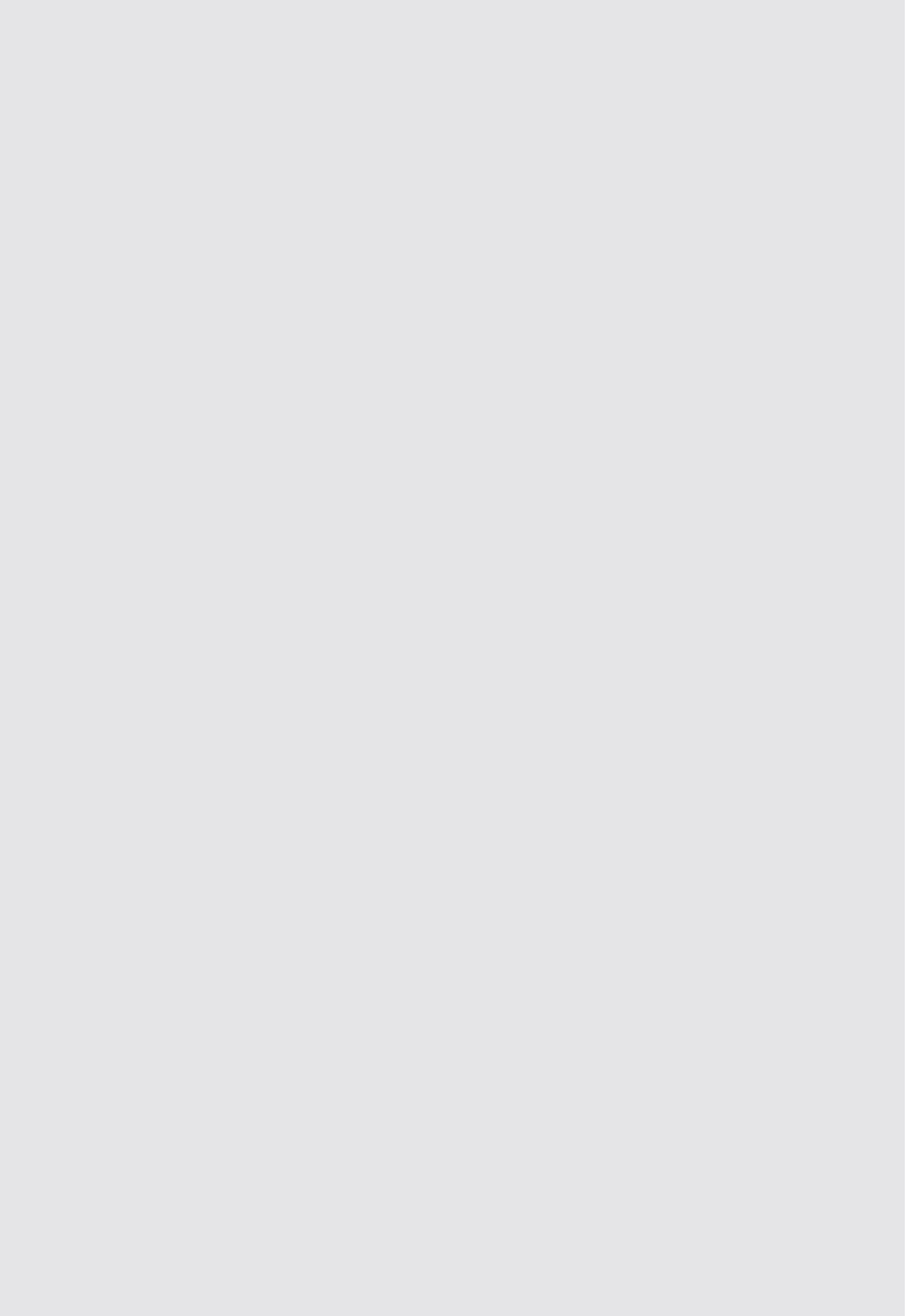
Gruppenidentifikationsfaktor Nummer 9: Sanktionen formulieren!

In allen Gruppen gibt es immer vier Verhaltensweisen des einzelnen Gruppenmitglieds gegenüber den Anforderungen und Sachzwängen der Gruppe: erforderliches, erwünschtes, erlaubtes und verbotenes Verhalten. Diese Verhaltensweisen sollte die Gruppe gemäß ihren Normen mit Belohnung oder Bestrafung sanktionieren, denn die Verinnerlichung von Normen machen die Anwendung äußerer Sanktionen nicht überflüssig. (Definition von Normen *mit* Sanktionen in Netzkodexen, Satzungen oder Leitbildern.)

Wie ausgeführt, ist dieser Maßnahmenkatalog dem Tagesgeschäft des Ärztenetzes Medizin und Mehr in den letzten 11 Jahren erwachsen und erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Vielmehr ist es Aufgabe und Herausforderung im Sinne einer lernenden Organisation, diesen ständig zu bearbeiten und zu erweitern.

VII

Anhang



Anhang 1: Geltende Rechtsnormen für PT-Praxen relevant

Für ärztliche/psychologische PT (ohne Mitarbeiter):	Für ärztliche/psychologische PT, die Angestellte beschäftigen
RICHTLINIEN des GBA	Sämtliche links aufgeführten Normen/Gesetze/ Richtlinien und
SGB V	Arbeitsgerichtsgesetz
BGB	Arbeitssicherheitsgesetz
StGB	Arbeitsstättenverordnung
Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen für PP und KJP	Arbeitszeitgesetz
Zulassungsverordnung	Mutterschutzgesetz
Bedarfsplanungsrichtlinien	Beschäftigtenschutzgesetz
Bundesmantelverträge Ärzte/Krankenkassen, Primärkassen, Ersatzkassen (BMV-Ä)	
Plausibilitätsprüfungen	
Bundesdatenschutzgesetz	
Berufsordnung für Ärzte	
Psychotherapeutengesetz	
Psychotherapierichtlinien	
Psychotherapievereinbarungen	
Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM)	
Gebührenordnung für Psychotherapeuten (GOP)	
Berufsordnung der Psychotherapeutenkammer	
Richtlinie „Internes QM“ des Gemeinsamen Bundesausschusses (GB-A)	
Fortbildungsordnung der Psychotherapeuten-kammer	
Psychotherapeutengesetz	
Psychotherapierichtlinien	
Psychotherapievereinbarungen	
Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EMB)	
Beihilfevorschriften	
Psychisch-Kranken-Gesetz	

Wenn in der Praxis *Medizinprodukte* eingesetzt werden (zum Beispiel Biofeedback-Geräte, Waage, EMDR-Lichtleiste oder Ähnliches, im Zweifelsfall beim Hersteller nachfragen) gilt:

- Medizinprodukte-Betreiber-Verordnung
- Medizinproduktegesetz

Wenn in der Praxis *Heil- und Hilfsmittel* verordnet werden (zum Beispiel Klingelhose) gilt die Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschuss.

Anhang 2: Prozessqualität in der Praxis für Psychotherapie

Julia Bellabarba

Die folgende Übersicht soll dem interessierten Leser beispielhaft verdeutlichen, welche spezifischen Indikatoren auf den drei Qualitätsebenen für die Psychotherapie aufgeführt werden können (analog Tabelle 1 in Kap. I.3). Sämtliche Faktoren können als Hinweis und als Anregung dienen, diese Übersicht hat weder verpflichtenden noch verbindlichen Charakter.

Prozessqualität: Phasen

1. Erstkontakt und Probatorik
2. Anamnese, Diagnostik und Indikation
3. Behandlung
4. Kommunikation
5. Abschluss
6. Dokumentation

Phase 1: Erstkontakt und Probatorik

Erstkontakt

Telefonisch:
- Erreichbarkeit
- störungsfreie Kurzgespräche
- Dokumentation aller Nachrichten und Gespräche, inkl. Rückrufversuche
- Erstgespräch vereinbaren
- Termin wiederholen
- Wer erscheint? Patient/Bezugspersonen
- evtl. weitere Informationen über organisatorischen Rahmen

Probatorik

- Atmosphäre: Förderung der Motivation zur Therapieaufnahme
- Informationen zur Entscheidung über die Therapieaufnahme
- Setting, Dauer einer Therapie, Kosten und Finanzierung
- Antrags-, Gutachter- und Abrechnungsverfahren (inklusive Einlesen der Chipkarte)
- Zusicherung der Verschwiegenheit
- Hinweis auf mögliche Ausnahmesituationen (pflichtgemäße Aufklärung nach § 11 BO PKN)
- Informationen über Maßnahmen, die die Zustimmung des Patienten erfordern (wie Mitschnitt der Sitzungen auf Datenträgern oder Weitergabe von Daten an Dritte)
- Entscheidung zur gemeinsamen therapeutischen Arbeit



- alternative Therapie- und Beratungsmöglichkeiten (Therapieplatzvermittlungsstellen, Therapeutenlisten der Krankenkassen)?
- Behandlungsalternativen (stationäre Therapie)?
- ggf. Vereinbarung über weitere diagnostische bzw. probatorische Sitzungen
- erste Hypothesen über die Problemlage des Patienten

Phase 2: Anamnese, Diagnostik und Indikation

Basisdokumentation (Grundinformationen für Diagnostik und Behandlung)

- Patientenbasisdaten (Alter, Geschlecht, Beruf etc.)
- Anlass der Konsultation
- anamnestische Daten
- psychologische Vorbefunde
- relevante medizinische Vorbefunde (Konsiliarbericht)
- derzeitige Medikamente und Suchtmittel

Klassifikatorische Diagnostik nach ICD und weitere differenzierte Störungsdiagnostik durch Einsatz von störungsübergreifenden und störungsspezifischen Verfahren.

Instrumente

- Formulare
- Abrechnungsprogramme
- klinische Interviews bzw. Inhalte der probatorischen Sitzungen und Konsiliarbericht
- psychometrische Verfahren
- Selfreport-Instrumente und Selbstratings
- Fremdeinschätzungen
- Tagebücher und der situationsspezifische Einsatz von Selbsteinschätzungsskalen (z. B. Angstthermometer)
- Tests/Fragebögen in Papierform oder via PC (z. B. Figurationsanalyse von Grawe & Baltensberger 1998; AKQUASI, Hogrefe Testsystem)

Modellbildung zur Störungsentwicklung und -aufrechterhaltung

- diagnostikinstrumente Verhaltenstherapie: Verhaltens- oder Problemanalyse Bartling (1998) und Schulte (2005) ausführlich beschrieben
- tiefenpsychologische Verfahren: Psychodynamik des Patienten unter Nutzung verschiedenster Informationen aus der Konflikt-, Abwehr-, Widerstands- sowie Übertragungs-/Gegenübertragungsanalyse
- OPD

Fallkonzeption, Therapieplanung und Prognose

- Ergebnisse: Diagnostik und Konsiliarberichte
- psychischer Befund, Verhaltensanalyse bzw. Psychodynamik und Diagnose (ggf. Differentialdiagnose)
- Entscheidung: krankheitswertige Störung i. S. der Psychotherapierichtlinie?
- verfahrensspezifische Erörterung der Ziele des Patienten/des Therapeuten
- Erstellung des Behandlungsplan
- Begründung geplanter Kurz- oder Langzeittherapie
- Klärung der Einbeziehung von Bezugspersonen des Patienten
- Patienteninformation: Therapieverfahren
- gemeinsame Entscheidung zur Therapie
- Konsens Eltern (beide sorgeberechtigten Elternteilen)
- Prognose (Berücksichtigung: Entwicklungsmöglichkeiten, Flexibilität, Krankheitseinsicht und Motivation des Patienten)

Phase 3: Behandlung

Aufnahme der Therapie

- Patienteninformation
- Setting/Frequenz der Sitzungen
- Verabredung von Terminen
- Einleitung des Antrags an den Gutachter
- Aufklärung des Patienten über bisher erhobene Befunde und das weitere Vorgehen
- Aufklärung über die Finanzierung
- Schweigepflichtsentbindung des Therapeuten bei Informationsweitergabe an Dritte (§ 8 BO PTK)

Patientenaufklärung in der Psychotherapeutischen Praxis

Patienteninformation zu den Themen: schriftlich? mündlich?

- Was ist Psychotherapie?
- Was ist Verhaltenstherapie/tiefenpsychologisch orientierte PT/Psychoanalyse im Besonderen?
- Wie geht man mit Krisen in der Therapie oder in der therapeutischen Beziehung um?
- Wie verläuft das Antrags- und Genehmigungsverfahren in der PT?
- Warum Supervision und Intervision?
- Was versteht man unter Hausaufgaben und wofür sind sie wichtig?
- Wovor bewahren Ethikleitlinien?
- Umgang mit Medikamenten in der Psychotherapie
- Regelung von Telefonkontakten als Ergänzung zu den Sitzungen



Behandlung

- Behandlung mit dem Ziel einer qualitativ hochwertigen Versorgung
- an den Bedürfnissen des Patienten ausgerichtet
- unter Einbindung des Patienten in die Verantwortung für die Behandlung
- Zweckmäßigkeit/Wirtschaftlichkeit
- Ausrichtung an Wissenschaft und Praxis ausrichten
- Planung und Durchführung der Behandlung
- Orientierung an evidenzbasierten Leitlinien (z. B. AWMF- oder degam-Leitlinien)
- Rückkopplung mit klinischen und wissenschaftlichen Standards
- Praxisinterne Behandlungspfade
- ggf. spezielles Informationsmaterial für Patienten
- Verlaufskontrolle durch verfahrensspezifische Daten
- Rückkoppelung der Ergebnisse an den Patienten als Bestandteil des therapeutischen Prozesses
- regelmäßige Dokumentation
- regelmäßige Kontrolle: Besteht noch Behandlungsbedarf und -wunsch sowie Indikation?

Phase 4: Kommunikation

- Intervision und Supervision stellen zwei herausragende Indikatoren für Prozessqualität in der ambulanten Psychotherapie dar.
- Der fachliche Austausch mit Dritten über die Behandlung eines konkreten Patienten (z. B. Arztbriefe, Intervision, Supervision) bedarf der Zustimmung des Patienten. Im Falle von Intervision oder Supervision muss darüber hinaus die Kommunikation in anonymisierter Form stattfinden.

Phase 5: Abschluss der Behandlung

- Zeitpunkt und Modus des Abschlusses der Behandlung i. d. R. von Patient und Therapeut gemeinsam festgelegt
- Planung der Abschlussphase
- Beendigung mit der letzten Stunde des Therapiekontingents im üblichen Zeittakt
- Reduzierung der Sitzungsfrequenz
- zeitlich festgelegte Therapiepause bzw. Erprobungsphasen im Rahmen bestimmter Therapieziele
- Abschlusssitzung
- Benennung der Behandlungsergebnisse aus Therapeuten- und Patientenperspektive
- Thematisierung der Erfolge und Schwierigkeiten

- Auswertung der Veränderungsmessung
- ggf. Behandlungsalternativen bzw. weiterführende Behandlungsmöglichkeiten aufgezeigt und/oder vermittelt und
- Möglichkeiten zur Wiedervorstellung bei Rückfällen oder erneuten Problemen

Phase 6: Dokumentation

- Dokumentation bei Abschluss der probatorischen Sitzungen
- Anamnese
- differenzialdiagostische Einschätzung
- der psychische Befund
- Verhaltens-, Bedingungs- und Funktionsanalyse bzw. Psychodynamik
- Therapieziele mit Prognose und Behandlungsplan
- Bericht an den Gutachter der GKV oder der Beihilfe erfüllt diese Qualitätsanforderungen
- Dokumentationspflicht besteht für den gesamten Therapieverlauf
- zeitnah und nachvollziehbar zu dokumentieren
- rechtlich gefordert
- Schutz des Behandlers
- Patient hat Recht auf Einsicht in die Behandlungsunterlagen, ausgenommen: persönliche Aufzeichnungen des Therapeuten (vgl. Berufsordnung, §§ 7, 10)
- Doppelte Dokumentation: Krankenakte mit Dokumentation der Therapie mit Vereinbarungen, Diagnostik, Therapieschritte usw. bis zum Abschluss der Behandlung und Akte mit persönlichen Aufzeichnungen



Anhang 3: Verschiedene QM-Systeme im Überblick

Julia Bellabarba

DIN EN ISO 9001: Revision 2000 (Deutsches Institut für Normung International Organization for Standardization)

Kurzfassung des Modells: Das System beruht auf vier Säulen:

1. Ressourcenmanagement (Sachressourcen und Personal, für Praxen und medizinische Zentren mit umfangreicher technischer Ausstattung besonders geeignet)
2. Dienstleistungsrealisation (systematische Ermittlung der Patientenanforderungen)
3. Geschäftprozesse (Dokumentation der Tätigkeiten, die in der Organisation das Zustandekommen von Qualität gewährleisten. (In der ärztlichen Praxis könnten dies beispielsweise dokumentierte praxisinterne Behandlungspfade sein.)
4. Messung, Analyse und Verbesserung (PDCA Zyklus, Philosophie der Kontinuierlichen Verbesserung)

Herkunft: Deutsches Institut für Normung; Europäische Norm; International Standards Organization

Zielgruppe: alle privatwirtschaftlichen und öffentlichen Organisationen

Evaluation im ambulanten medizinischen Bereich: nein

Richtlinienkonformität: ja

Zertifizierungsfähigkeit: ja, durch Organisationen, die vom Deutschen Institut für Normung akkreditiert sind

praxisspezifisch: nein

fachgruppenspezifische Muster vorhanden: nein

Kosten: laut Studie der Stiftung Gesundheit (2008) beliefen sich die Kosten für Einführung und Zertifizierung auf durchschnittlich rund 8500 € pro Praxis (Arbeitszeit inkl.)

externe Berater: in der Regel erforderlich

weitere Informationen: www.2din.de

EFQM (European Foundation for Quality Management)

> *„Regardless of sector, size, structure or maturity, to be successful, organisation need to establish an appropriate management system. The FQM Excellence Model is a practical tool to help organsiations do this by measuring where they are on the path to Excellence; helping them understand the gaps; and then stimulating solutions“ (EFQM)*

Kurzfassung des Modells: Das System baut auf neun Kriterien auf. Fünf sind sog. Befähigerkriterien, d. h. Faktoren, die Qualität ermöglichen, weitere vier Kriterien sind Ergebniskriterien.

Befähigerkriterien:

- Führung (Vorbild im Streben nach Exzellenz)
- Mitarbeiter (-förderung und –entwicklung)
- Politik und Strategie (Planung und Umsetzung strategischer Organisationsziele)
- Partnerschaft und Ressourcen (Effektivität und Effizienz der Ressourcennutzung, systematische Kooperationsverbesserung)
- Prozesse unterliegen einem kontinuierlichen Verbesserungssystem

Ergebniskriterien:

- Zufriedenheit der Mitarbeiter und Kunden
- gesellschaftliche Verantwortung (Realisierung selbstdefinierter ethischer, sozialer oder ökologischer Standards)
- Geschäftsergebnisse (Realisierung der finanziellen Praxisziele)

Herkunft: European Foundation for Quality Management

Zielgruppe: alle privatwirtschaftlichen und öffentlichen Organisationen

Evaluation im ambulanten medizinischen Bereich: nein

Richtlinienkonformität: ja

Zertifizierungsfähigkeit: ja, durch Organisationen, die von der EFQM akkreditiert sind

praxisspezifisch: nein

fachgruppenspezifische Muster vorhanden: nein

Kosten: laut Studie der Stiftung Gesundheit (2008) beliefen sich die Kosten für Einführung und Zertifizierung auf durchschnittlich rund 2350 € pro Praxis (Arbeitszeit inkl.)

externe Berater: nicht erforderlich

weitere Informationen: www.efqm.org; www.deutsche-efqm.org



QEP® (Qualität und Entwicklung in Praxen)

> *„... ein spezifisch auf ambulante Praxen zugeschnittenes Qualitäts-Management-System ... das nach einem rigorosen Praxistest allen vertragsärztlichen Praxen kostengünstig zur Verfügung gestellt wird“* (KBV)

Kurzfassung des Modells: QEP ist thematisch in fünf Bereiche unterteilt. Die sog. Kernzielversion entspricht den Anforderungen der QM Richtlinie. Eine weitere Excellenz Version liegt ebenfalls vor. Die fünf Bereiche (Patientenversorgung, Patientenrechte und -sicherheit, Mitarbeiter und Fortbildung, Praxisführung und -organisation und Qualitätsentwicklung bestehen aus Zielen, die ausführlich formuliert sind und die eine Praxis im Rahmen dieses Systems erfüllen muss. Jedem Ziel sind „Nachweise“ zugeordnet, die mit Hilfe von Fragen sehr gut verständlich und handlungsweisend die Umsetzung der Ziele beschreiben. Insgesamt hat die Kernzielversion maximal 63 Ziele mit insgesamt maximal 228 Nachweisen.

Herkunft: KBV

Zielgruppe: Praxen aller Fachgruppen, auch für Psychotherapeuten

Evaluation im ambulanten medizinischen Bereich: ja

Richtlinienkonformität: ja

Zertifizierungsfähigkeit: ja, durch durch Organisationen, die von der KBV akkreditiert sind

praxisspezifisch: ja

fachgruppenspezifische Muster vorhanden: derzeitig für folgende Fachgruppen: Urologie, Gastroenterologie, Pneumologie, Psychotherapie, Chirurgie und Nephrologie. Fachspezifische Module für Hausärzte ab Mitte 2009. Eigenes Manual für Psychotherapeuten ab Mitte 2009.

Entwicklungsmöglichkeiten: Weiterentwicklung möglich (Excellencebewertung), außerdem ist die QEP Erweiterung durch Qu.int.as der Berufsgenossenschaft für Gesundheit und Wohlfahrtspflege mit 18 zusätzlichen Zielen zu Arbeitsschutz/Arbeitssicherheit

Kosten: laut Studie der Stiftung Gesundheit (2008) beliefen sich die Kosten für Einführung und Zertifizierung auf durchschnittlich rund 5550 € pro Praxis (Arbeitszeit inkl.). Schulung: QEP®-Einführungsseminar 150–200 € pro Person (inklusive Qualitätszielkatalog und ggf. Manual). Unterlagen: QEP®-Qualitätszielkatalog 29,95 € und QEP®-Manual (inklusive CD-ROM mit Musterdokumenten) 199,– €. Zertifizierung: zwischen 1200,– € und 2000,– € je nach Praxisgröße

externe Berater: nicht erforderlich

weitere Informationen: www.kbv.de/themen/qualitaetsmanagement.de.html, Beratungstelefone der KBV.

Kontakt: qep@kbv.de

KTQ ambulant (Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen)

Kurzfassung des Modells: KTQ ist thematisch in sechs Bereiche unterteilt: Patientenorientierung, Führung, Mitarbeiterorientierung, Sicherheit in der Praxis, Informationswesen, Qualitätsmanagement. Die Selbstbewertung der Praxis erfolgt auf der Basis von 44 Kriterien mit insgesamt 252 Fragen. Daran können sich Fremdbewertung und Zertifizierung anschließen.

Herkunft: KTQ GmbH (Spitzenverbände der Krankenkassen, BÄK, Deutsche Krankenhausgesellschaft, Deutscher Pflegerat, Hartmannbund)

Zielgruppe: Krankenhäuser, Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen und Praxen: Arzt, Zahnarzt und Psychotherapeuten

Evaluation im ambulanten Bereich: ja

Richtlinienkonformität: ja

Zertifizierungsfähigkeit: ja, durch Zertifizierungsstellen, die von der KTQ GmbH akkreditiert sind

praxisspezifisch: ja

fachgruppenspezifische Muster vorhanden: nein

Kosten: Angaben zu den Gesamtkosten für die Einführung des Systems liegen uns nicht vor. Schulung: je nach Anbieter unterschiedlich. Unterlagen: KTQ-Erfassungssoftware „KTQ-PRAX" je nach Anzahl der Arbeitsplatzlizenzen 220–600 €, KTQ-Manual 39,80 € und KTQ-Handbuch 29,80 €. Zertifizierung: zwischen 2342 € und 5402 € je nach Praxisgröße.

externe Berater: nicht erforderlich

weitere Informationen: www.ktq.de



KPQM 2006/Qu.no

Kurzfassung des Modells: Das Modell fordert die Beschreibung von mindestens zehn Praxisprozessen mit Bezug zu Patienten (Diagnostik/Therapie), Mitarbeitern, Administration mit Flussdiagrammen und Verfahrensanweisungen. Außerdem ist die Beschreibung sog. Pflichtprozesse erforderlich: Notfallmanagement, Teambesprechung, Beschwerdemanagement, Beschreibung von Kooperationen und Praxisorganigramm. Es handelt sich um ein System, das als Einstieg geeignet ist und für Praxen, die mit einem Minimum an Aufwand den rechtlichen Vorgaben nachkommen wollen.

Herkunft: KV Nordrhein und Westfalen-Lippe

Zielgruppe: Praxen aller Fachgruppen – auch für Psychotherapeuten

Evaluation im ambulanten medizinischen Bereich: ja

Richtlinienkonformität: ja

Zertifizierungsfähigkeit: ja

praxisspezifisch: ja

fachgruppenspezifische Muster vorhanden: nein

Kosten: Angaben zu den Gesamtkosten der Einführung des Systems liegen uns nicht vor. Schulung: 100 bis 350 € pro Person. Unterlagen: KPQM 2006 (Basishandbuch) 24,95 €. Zertifizierung: 700 €

externe Berater: nicht erforderlich

weitere Informationen:

- www.kvwl.de/arzt/q_sicherung/qm/index.html
- www.kvno.de
- www.prinarum.de

Kontakt: joerg.otte@kvwl.de

EPA (European Practice Assessment)

Kurzfassung des Modells: Das Modell erfasst fünf Bereiche: Qualität und Sicherheit, Information, Finanzen, Menschen, Infrastruktur. Diese werden auf 34 Dimensionen, mit 225 Indikatoren und 365 Items erfasst. Zugang zu einer fachgruppenspezifischen europäischen Benchmarking-Datenbank ist möglich (Hausärzte). Das System wurde von einer Arbeitsgruppe von QM-Experten des hausärztlichen Bereichs in 6 europäischen Ländern (NL, GB, F, B, Ch, D, A, SLO, IL) entwickelt und ist besonders für Hausärzte geeignet.

Herkunft: Topas Europe, Aqua Institut und Bertelsmann Stiftung

Zielgruppe: Praxen aller Fachgruppen – auch für Psychotherapeuten und Zahnärzte

Evaluation im ambulanten medizinischen Bereich: ja

Richtlinienkonformität: ja

Zertifizierungsfähigkeit: ja, durch den Verein Stiftung Praxissiegel e. V. (Bertelsmann Stiftung, TOPAS-Germany)

praxisspezifisch: ja

fachgruppenspezifische Muster vorhanden: nein

Entwicklungsmöglichkeiten: Zugang zu einer europäischen Benchmarking-Datenbank

Kosten: laut Studie der Stiftung Gesundheit (2008) beliefen sich die Kosten für Einführung und Zertifizierung auf durchschnittlich rund 2490 € pro Praxis (Arbeitszeit inkl.). Schulung: je nach Anbieter, Dauer und Inhalt unterschiedlich. Unterlagen: Kosten des gesamten Verfahrens 1990 €. Zertifizierung: Kosten für des gesamten Verfahrens 1990 €, Kosten für das Zertifikat 199 €

externe Berater: nicht erforderlich

weitere Information:

- www.europaeisches-praxisassessment.de
- www.aqua-institut.de
- www.praxissiegel.de

Kontakt: info@praxissiegel.de, p.wippenbeck@aqua-institut.de

Quellen

www.kbv.de/qep/11622.html
www.stiftung-gesundheit.de/PDF/studien/Studie_QM_2008.pdf

Anhang 4: Verkürzte Wiedergabe der QM-Richtlinie des GBA mit Ergänzungen durch die Autorin

Julia Bellabarba

Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Psychotherapeuten und medizinischen Versorgungszentren (Qualitätsmanagement-Richtlinievertragsärztliche Versorgung) vom 18. Oktober 2005, veröffentlicht im Bundesanzeiger 2005, Nr. 248: S. 17 329, in Kraft getreten am 1. Januar 2006

§ 1 Zweck der Richtlinie

Die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Psychotherapeuten und medizinischen Versorgungszentren sind nach § 135 a Abs. 2 Nr. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) verpflichtet, ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln. Dabei hat der Aufwand in einem angemessenen Verhältnis, insbesondere in Bezug auf die personelle und strukturelle Ausstattung, zu stehen. Die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement hat der Gemeinsame Bundesausschuss durch Richtlinien nach § 92 in Verbindung mit § 136 a Satz 1 Nr. 1 2. Alt. SGB V zu bestimmen. Soweit sich die Vorschriften dieser Richtlinie auf Vertragsärzte beziehen, gelten sie entsprechend für alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Psychotherapeuten und medizinischen Versorgungszentren.

§ 2 Ziele eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

Die Einführung und Weiterentwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements dient der kontinuierlichen Sicherung und Verbesserung der Qualität der medizinischen und psychotherapeutischen Versorgung. Dies erfordert bei allen Aktivitäten eine systematische Patientenorientierung. Qualitätsmanagement soll die Arbeitszufriedenheit der Praxisleitung und -mitarbeiter erhöhen; Qualitätsmanagement ist Aufgabe aller Praxismitarbeiter und ist von der Praxisleitung in eine an konkreten Zielen ausgerichtete Praxispolitik und -kultur einzubetten. Durch die Identifikation relevanter Abläufe, deren systematische Darlegung und dadurch hergestellte Transparenz sollen Risiken erkannt und Probleme vermieden werden. Wesentliche Bedeutung kommt dabei der Objektivierung und Messung von Ergebnissen der medizinischen und psychotherapeutischen Versorgung zu. Qualitätsmanagement zielt darauf ab, alle an der Versorgung Beteiligten angemessen einzubeziehen. Dies setzt eine strukturierte Kooperation an den Nahtstellen der Versorgung voraus.

§ 3 Grundelemente eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

Die Grundelemente eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements sind

1. im Bereich „Patientenversorgung“
   a) Ausrichtung der Versorgung an fachlichen Standards und Leitlinien entsprechend dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse. ➔ im Buch unter: Kapitel V.5 „Kollegialer Austausch“ und Kapitel VI.4 und VI.5 „Behandlungspfade“
   b) Patientenorientierung, Patientensicherheit, Patientenmitwirkung, Patienteninformation und -beratung. ➔ im Buch unter: Kapitel IV.1, Kapitel V.2 und V.3 und Kapitel VI.6 und VI.7
   c) Strukturierung von Behandlungsabläufen. ➔ im Buch unter: Kapitel V.4 und V.5
2. im Bereich „Praxisführung/Mitarbeiter/Organisation
   a) Regelung von Verantwortlichkeiten, ➔ im Buch unter: Kapitel IV.1
   b) Mitarbeiterorientierung (z. B. Arbeitsschutz, Fort- und Weiterbildung), ➔ im Buch unter: Kapitel I.3 und Kapitel II.1 und II.2
   c) Praxismanagement (z. B. Terminplanung, Datenschutz, Hygiene, Fluchtplan),
   d) Gestaltung von Kommunikationsprozessen (intern/extern) und Informationsmanagement, ➔ im Buch unter: Kapitel V.4 und V.5
   e) Kooperation und Management der Nahtstellen der Versorgung, ➔ im Buch unter: Kapitel V.5
   f) Integration bestehender Qualitätssicherungsmaßnahmen in das interne Qualitätsmanagement.

§ 4 Instrumente eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

Als Instrumente eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements sind insbesondere zu nutzen:

a) Festlegung von konkreten Qualitätszielen für die einzelne Praxis, Ergreifen von Umsetzungsmaßnahmen, systematische Überprüfung der Zielerreichung und erforderlichenfalls Anpassung der Maßnahmen, ➔ im Buch unter: Kapitel III, sämtliche Kapitel
b) regelmäßige, strukturierte Teambesprechungen, ➔ im Buch unter: Kapitel V.4
c) Prozess- und Ablaufbeschreibungen, Durchführungsanleitungen, ➔ im Buch unter: Kapitel IV.1, Kapitel V.4 und V.5
d) Patientenbefragungen, nach Möglichkeit mit validierten Instrumenten, ➔ im Buch unter: Kapitel II.1.3, Kapitel III.2
e) Beschwerdemanagement, ➔ im Buch unter: Kapitel III.3
f) Organigramm, Checklisten,



g) Erkennen und Nutzen von Fehlern und Beinahefehlern zur Einleitung von Verbesserungsprozessen,
h) Notfallmanagement,
i) Dokumentation der Behandlungsverläufe und der Beratung,
j) qualitätsbezogene Dokumentation, insbesondere
   aa) Dokumentation der Qualitätsziele und der ergriffenen Umsetzungsmaßnahmen,
   bb) Dokumentation der systematischen Überprüfung der Zielerreichung (z. B. anhand von Indikatoren) und der erforderlichen Anpassung der Maßnahmen. ➔ im Buch unter: Kapitel III.4 und III.5

Anhang 5: Zuweiserbefragung

Liebe Kolleginnen und Kollegen, wir sind bestrebt, in unserer Praxis eine optimale Behandlung für Ihre Patienten und einen optimalen Service für Sie als Zuweiser anzubieten. Dieser Fragebogen soll dabei helfen, herauszufinden, wie wir unsere Arbeit noch verbessern können. Wir würden uns freuen, wenn Sie uns dabei unterstützen und uns den Fragebogen ausgefüllt zurückfaxen. Selbstverständlich können Sie uns den Fragebogen auch anonym per Post zurücksenden. *Vielen Dank! Ihr Praxisteam*



Was ist der Hauptgrund für Zuweisungen an unsere Praxis?

Wie zufrieden sind Sie mit ...				
1. der Art und dem Umfang unseres Leistungsangebotes?				
	sehr zufrieden	zufrieden	unzufrieden	sehr unzufrieden
	❐	❐	❐	❐
ggf. Begründung:				
2. der telefonischen Erreichbarkeit unserer Praxis?				
	sehr zufrieden	zufrieden	unzufrieden	sehr unzufrieden
	❐	❐	❐	❐
ggf. Begründung:				
3. der medizinischen Qualität unserer Leistung?				
	sehr zufrieden	zufrieden	unzufrieden	sehr unzufrieden
	❐	❐	❐	❐
ggf. Begründung:				
4. der schnellen Rückinformation über die Leistung?				
	sehr zufrieden	zufrieden	unzufrieden	sehr unzufrieden
	❐	❐	❐	❐
ggf. Begründung:				
5. der positiven Rückmeldung über unsere Praxis durch Ihre Patienten?				
	sehr zufrieden	zufrieden	unzufrieden	sehr unzufrieden
	❐	❐	❐	❐
ggf. Begründung:				
6. Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit der Zusammenarbeit mit unserer Praxis?				
	sehr zufrieden	zufrieden	unzufrieden	sehr unzufrieden
	❐	❐	❐	❐
ggf. Begründung:				

Was sind die Pluspunkte und was sind die Minuspunkte bei der Zusammenarbeit mit unserer Praxis?

☺

☹

per Fax zurück an:

Die Autorinnen



Julia Bellabarba, Diplom-Psychologin

Nach Studium und Ausbildung in Berlin und London seit 1990 als systemische Beraterin und Trainerin in der Industrie, Verwaltung und in Gesundheitsorganisationen (Schwerpunkt: betriebliche Suchtprävention).

Seit 2000 in einer zertifizierten ärztlichen Praxis als leitende Qualitätsmanagerin tätig und als Trainerin und Multiplikatorin für Qualitätsmanagement im ambulanten medizinisch-psychotherapeutischen Sektor. Schwerpunkte in der Beratung und als Trainerin: Führung, Personal- und Teamentwicklung, Qualitätsmanagement in der sprechenden Medizin.

Kontakt: info@quipps.de



Dr. Christine Kuch, Diplom-Psychologin

Qualitätsmanagerin im Gesundheitswesen, Lösungsorientierte Beraterin/ Trainerin

Seit 1994 Beratung und Moderation von Veränderungsprozessen in Gesundheitsorganisationen und Unternehmen der Gesundheitswirtschaft, vom Universitätsklinikum über Ärztenetze und Pflegeorganisationen bis zur Arztpraxis, vom Verband bis zum Unternehmen, von strategischer Entwicklung bis zu praktischer Reorganisation.

Coaching von Praxisinhabern, Führungskräften und ihren Teams.

Als Dozentin/Trainerin Schwerpunkte in den Bereichen Projektmanagement, Qualitätsmanagement, Führung und Kommunikation.

Forschung in den Bereichen Organisationsentwicklung und medizinischer Entscheidungsfindung.

Kontakt: www.medcoaching.de